

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

l'Amibiase Pulmonaire

PAR

ANDRÉ LAUTMAN

Ancien Interne provisoire des Hôpitaux de Paris

Chevalier de la Légion d'Honneur, Croix de Guerre avec Palmes

Président : M. ACHARD, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1923

Faculté de Médecine de Paris

DOYEN			M. ROGER
PROFESSEURS			MM.
Anatomie.....			NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.....			CUNEO
Physiologie.....			CH. RICHET
Physique médicale.....			André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....			DESGREZ
Bactériologie.....			BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....			BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générale.....			MARCEL LABBE
Pathologie médicale.....			RENON
Pathologie chirurgicale.....			LECENE.
Anatomie pathologique.....			LETULLE
Histologie.....			PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....			RICHAUD
Thérapeutique.....			CARNOT
Hygiène.....			LÉON BERNARD
Médecine légale.....			BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....			MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.....			ROGER
			ACHARD
Clinique médicale.....			WIDAL
			GILBERT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance.....			CHAUFFARD
Clinique des maladies des enfants.....			MARFAN
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....			NOBECOURT
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....			CLAUDE
Clinique des maladies du système nerveux.....			JEANSELME
Clinique des maladies contagieuses.....			PIERRE MARIE
			TEISSIER
Clinique chirurgicale.....			DELBET
			LEJARS
Clinique ophtalmologique.....			HARTMANN
Clinique des maladies des voies urinaires.....			GOSSET
			DE LAPERSONNE
Clinique d'accouchement.....			LEGUEU
			BRINDEAU
Clinique gynécologique.....			JEANNIN
Clinique chirurgicale infantile.....			COUVELAIRE
Clinique thérapeutique.....			J. L. FAURE
Clinique oto-rhino-laryngologique.....			AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique chirurgicale.....			VAQUEZ
Clinique propédeutique.....			SEBILEAU
			DUVAL
			SERGENT
AGRÉGÉS EN EXERCICE			
MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LE LORIER	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOIN	GOUGEROT	LEQUEUX	ROUSSY
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUVIERE
BRANCA	GUENIOT	LERI	SCHWARTZ (A)
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	MATHIEU	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	METZGER	TIFFENEAU
CHIRAY	LABBE (HENRI)	MOCQUOT	VILLARET
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	
DEBRE	LANGLOIS	OKINCZYC	
DESMAREST		PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FIANCÉE

A MON ONCLE LE DOCTEUR S. LAUTMAN

Décoré de la Médaille Militaire

Croix de Guerre avec Palmes

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIOLLET

Chevalier de la Légion d'Honneur

• Témoignage de profonde reconnaissance.

A MES CAMARADES DES 92° ET 121° RÉGIMENT D'INFANTERIE

— DU 9° RÉGIMENT DE TIRAILLEURS ALGÉRIENS.

— DU 53° BATAILLON DE TIRAILLEURS SÉNÉGALAIS.

— DU 105° R. A. L.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. ACHARD

Professeur de Clinique Médicale
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Beaujon
Officier de la Légion d'Honneur

*qui m'a fait le grand honneur de
présider cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS RAMOND

Médecin de la Maison Municipale de Santé
Chevalier de la Légion d'Honneur

*dont l'enseignement et les conseils
m'ont été si précieux, témoi-
gnage de profonde gratitude.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

LES DOCTEURS BOURCY ET LAUNOIS (*in memoriam*)

- LE PROFESSEUR A. BROCA.
- LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SIREDEY
- LE PROFESSEUR LÉON BERNARD.
- LE DOCTEUR MILIAN.
- LE DOCTEUR COURTOIS-SUFFIT.
- LE DOCTEUR LESNÉ.
- LE DOCTEUR COMTE.
- LE PROFESSEUR AGRÉGÉ NOËL FIESSINGER.

AU DOCTEUR PIERRE-JEAN MÉNARD et CH. HUGON

(*Morts au champ d'honneur*)

AU PROFESSEUR AGRÉGÉ DELERÉ.

AUX DOCTEURS B. DESPLAS, HALLERON, MOREAU.

Introduction

L'amibiase pulmonaire est l'infestation du poumon par l'amibe dysentérique.

Nous avons eu l'occasion d'observer à la Maison Dubois, avec notre maître, M. le Docteur Louis Ramond et son interne, M. Denoyelle, un cas d'Amibiase Pulmonaire « pure », sans abcès du foie. Frappé de la guérison rapide par le chlorhydrate d'émétine, nous avons recherché s'il existait dans la littérature des cas analogues. Cette recherche nous a été facilitée grâce à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Tanon et de M. le Docteur Dyé, qui nous ont ouvert les portes de la bibliothèque de l'Institut Colonial et que je ne saurais trop remercier.

Nous nous sommes aperçu que l'amibiase pulmonaire n'était pas exceptionnelle. Nous en avons réuni 29 cas dont 6 cas d'Amibiase Pulmonaire « pure ». Nous avons alors essayé d'esquisser une étude d'ensemble de la question. Celle-ci mérite d'être étudiée au moment où la dysenterie menace de devenir une maladie européenne — et parce que le médecin a entre les mains une arme efficace pour la vaincre : le chlorhydrate d'émétine.

Les éléments de notre étude se trouvent presque tous dans les auteurs français. Quelques observations nous

viennent d'auteurs anglo-saxons (Murchison, Bunting, Fuller, Opie, Lafleur).

L'anatomie pathologique a été précisée par Bunting, MM. Letulle et Nattan-Larrier, Rist ; la pathogénie, par MM. Jacob, Legrand, à propos des abcès amibiens du cerveau ; les symptômes et le traitement chirurgical par MM. Loison, Tuffier, Marion, Foucault et Seguin, Renault ; le traitement médical, grâce aux travaux de MM. Chauffard, Dopter, Françon et Hutinel, sur l'amibiase hépatique et hépto-pulmonaire. MM. Renault, Le Dantec ont donné une classification des différents cas.

Division du Sujet

1° L'infestation du poumon par l'amibe peut se faire *par continuité* : rupture d'un abcès du foie à travers le diaphragme dans le poumon (obs. n° 22 au n° 29 inclus);

2° *Par contiguïté* : les deux abcès — hépatique et pulmonaire, voisins — sont réunis par des lésions inflammatoires du foie, du diaphragme, de la plèvre, du poumon. Ils coexistent à un moment donné. Dans ces cas, la propagation pourrait se faire, par voie lymphatique ou par voie sanguine, du foie au poumon (obs. n° 13 à n° 15 inclus plus 3 cas signalés par De Kermorgant).

3° Mais l'amibiase pulmonaire peut être séparée d'un abcès hépatique par des tissus sains — ou bien les deux localisations peuvent évoluer à des époques différentes (obs. n° 8 à n° 12 inclus).

4° Il existe des cas où la localisation pulmonaire est la seule. Il n'y a pas d'abcès du foie (obs. n° 1 à n° 7 inclus). Ce sont les cas d'amibiase pulmonaire « pure ».

5° Des localisations pluriviscérales de l'amibiase peuvent se succéder (en particulier : abcès du foie, du poumon, du cerveau) (obs. n° 16 à n° 21 inclus).

Dans ces trois derniers cas, la localisation pulmonaire doit être considérée, au même titre que l'abcès du foie, comme une métastase de l'amibiase intestinale, se produisant par voie sanguine.

Etiologie

MILIEU GÉOGRAPHIQUE. — C'est celui de la dysenterie : les régions tropicales : surtout Maroc, Algérie, Extrême-Orient dans nos observations.

Mais la dysenterie menace de devenir une maladie européenne. Déjà, en 1907, MM. Caussade et Joltrain ont attiré l'attention sur la fréquence des cas de dysenterie autochtone. En 1914, MM. Landouzy et Debré, puis MM. Rist, Ameuille et M^{lle} de Pleffel ont insisté sur le danger que font courir à l'Europe les porteurs d'amibes, en apparence sains. Avec la guerre, le nombre de ces importateurs d'amibes s'est multiplié, surtout en France. Deux de nos Obs. portent sur des cas de dysenterie nostras (n^{os} 20 et 18). La dysenterie se voit assez fréquemment dans nos hôpitaux. Nous avons donc un grand intérêt à dépister l'amibiase, qu'elle se manifeste par ses symptômes intestinaux, ou qu'elle se cache sous une de ses complications : hépatique ou pulmonaire en particulier.

Sexe. — Tous nos malades sont des hommes.

Age. — Dans nos observations, il a varié de 20 à 40 ans.

Rapports avec la dysenterie. — Toujours, l'amibiase pulmonaire succède à la dysenterie.

Parfois, elle débute au cours de la crise de dysenterie : les signes de dysenterie s'atténuent alors ou même cessent (n^{os} 4, 6). Parfois la complication pulmonaire survient quelques semaines après la crise de dysenterie (obs. n^o 12). Ordinairement, l'amibiase pulmonaire se produit tardivement : 9 à 10 mois, 2 et même 3 ans et plus (obs. n^{os} 1, 2, 5, 7, 8), après la crise intestinale.

Dans le cas de Legrand (obs. n^o 21) la dysenterie ne s'est pas manifesté cliniquement, mais a été retrouvée à l'autopsie.

Fréquence. — Peut être l'amibiase pulmonaire dont le nom seul provoque l'étonnement, sera-t-elle considérée comme un peu moins rare quand on aura l'habitude d'y penser comme on pense à l'hépatite amibienne. L'amibiase pulmonaire est la localisation extra-intestinale la plus fréquente de l'amibiase, après l'abcès du foie (Jacob, Legrand).

Causes prédisposantes. — On ne relève pas d'affection pulmonaire prédisposant particulièrement à l'amibiase. La grosse cause prédisposante, c'est l'abcès du foie et par conséquent l'alcoolisme, le paludisme, en agissant sur le foie, prédisposent indirectement à l'abcès du poulmon.

Pathogénie

L'amibiase pulmonaire s'est toujours montrée précédée d'amibiase intestinale. On sait que seul l'intestin constitue l'habitat normal de l'amibe. Dans l'intestin, le protozoaire parcourt son cycle évolutif complet ; là il se montre à son stade kystique ; ailleurs, ne se rencontrent que les formes mobiles « parasites semblant égarés dans des conditions anormales ». (Grall).

Les lésions amibiennes sont toujours limitées et s'étendent de proche en proche, n'arrivant que peu, à peu à occuper un grand espace. Il ne semble pas que l'amibe puisse par ses propres mouvements émigrer au loin, vers le diaphragme, en passant à travers la paroi intestinale, puis dans la cavité péritonéale, comme le voudrait Rogers. Pour coloniser à distance, l'amibe doit être véhiculée par un courant circulatoire.

Différentes voies s'ouvrent devant elle pour arriver au poumon à partir de l'intestin : la voie lymphosanguine, la voie sanguine extrahépatique, la voie sanguine transhépatique.

a) *La voie lymphosanguine* passe par : les chylifères, les ganglions mésentériques, le tronc lymphatique, la

veine sous-clavière gauche, la veine cave supérieure, le cœur droit, l'artère pulmonaire. C'est la voie suivie par la majeure partie des graisses neutres provenant de la digestion (Roger et Binet, *Presse Médicale* 18 novembre 1922), la voie suivie par le bacille de Koch quand la tuberculose pulmonaire est d'origine intestinale (Calmette).

Dans l'intestin du dysentérique, de nombreuses amibes se meuvent dans les lymphatiques de la sous-muqueuse, de la couche sous-péritonéale. Wenyon, chez des chats infestés expérimentalement, a vu les ganglions mésentériques parasités. Mais pour Mathis (In Grall et Clarac) « les ganglions du mésentère s'opposent victorieusement à l'envahissement des parasites ». On ne les trouve pas au-delà.

b) *La voie sanguine extrahépatique* par les anastomoses porto-caves, reste hypothétique.

c) *La voie sanguine transhépatique* semble la voie habituelle, sinon la seule. Elle passe par la veine-porte, le foie, la veine-cave inférieure, le cœur droit, l'artère pulmonaire.

Les lésions extraintestinales de l'amibiase les plus fréquentes jalonnent cette voie et marquent les étapes que parcourt l'amibe.

Pour aller de l'intestin au foie, l'amibe prend la voie portale. Tous les auteurs ou presque, au moins en France, sont d'accord sur ce point. « Au niveau des ulcérations du gros intestin, l'amibe par son action nécrosante et par les phénomènes congestifs intenses qu'elle provoque, amène la rupture de nombreux capillaires par où les

amibes pénètrent dans le courant sanguin. Le rôle prépondérant de la voie sanguine dans le transport à distance des parasites explique la fréquence de l'abcès du foie (Grall). » Il peut même y avoir « diapédèse amibienne » et on peut voir une partie du corps de l'amibe en dedans et l'autre en dehors des vaisseaux. (Harris, *American journal of the Méd. Sciences*, Philadelphie, 1898). Le plus souvent, l'amibe colonise dans le foie, véritable « ganglion d'arrêt » (Jacob).

Mais elle peut passer à travers les capillaires hépatiques sans s'y arrêter. L'amibe mesure de 20 μ à 60 μ dans les abcès, 5 à 20 μ en culture (Noc.). Les plus petits capillaires veineux du foie mesurent 10 à 15 μ . (Branca). Mais l'amibe peut s'étirer dans les vaisseaux.

Au-delà du foie, Marshall (*British Méd. Journal*, 1899) a trouvé des amibes et des cellules hépatiques dans un trombus siégeant à l'embouchure des veines sus-hépatiques dans la veine cave inférieure.

Enfin, les constatations anatomiques de Bunting (voir au ch. « Anatomie Pathologique ») montrent que le foyer initial de nécrose pulmonaire amibienne a une origine sanguine dans le cas observé.

D'ailleurs, l'amibe peut « brûler » l'étape pulmonaire comme elle a brûlé l'étape hépatique, malgré la finesse des capillaires du poumon. Versée alors dans la circulation générale, elle peut créer des lésions métastatiques en tous les points de l'organisme (cerveau, rate, os, espace périnéphrétique, etc.) Pour des raisons anatomiques, elle se dirige surtout vers le cerveau.

Cette théorie permet de comprendre pourquoi abcès du

foie, du poumon, du cerveau se succèdent par ordre de fréquence parmi les complications de la dysenterie. Ils se succèdent assez souvent chez un même malade. L'abcès du cerveau est pour ainsi dire toujours précédé d'abcès du foie (Legrand, sur 49 obs. d'abcès du cerveau, ne trouve que 2 cas d'abcès du cerveau sans abcès du foie antérieur).

L'échinocoque suit aussi la voie sanguine et va se localiser, comme l'amibe, au poumon ou au cerveau. Mais dans l'échinococcose, le relai cardiaque peut être marqué par l'évolution d'un kyste hydatique métastatique du cœur droit (Mme Boppe, Thèse de Paris, 1920). Les larves du *Toenia Echinococcus*, venant de l'intestin, peuvent, comme l'amibe, franchir la barrière hépatique et coloniser seulement au poumon.

Le siège des lésions à la base du poumon droit est encore un argument pour la théorie de l'embolie puisque c'est là que se localisent ordinairement : le kyste hydatique, le chancre d'inoculation tuberculeuse, l'embolie sanguine.

Nous avons étudié jusqu'ici la voie d'abord de l'amibiase venant de l'intestin. Quand il y a déjà amibiase hépatique, le parasite peut, comme nous venons de le voir, prendre la voie sanguine. Mais, pour beaucoup d'auteurs (Loison, Renault, Murchison), il pourrait arriver au poumon par la voie lymphatique à travers des adhérences unissant foie, diaphragme, plèvre et base pulmonaire. On sait qu'il existe des anastomoses unissant les lymphatiques du péritoine, de l'espace périhépatique à ceux de la plèvre à travers le diaphragme.

Enfin le poumon peut être ensemencé directement, par rupture d'un abcès du foie à travers le diaphragme. Ordinairement, l'abcès du foie s'ouvre dans une bronche par une cheminée étroite, limitée par la sclérose de défense des tissus traversés. Que le pus n'atteigne pas une bronche de calibre suffisant pour s'évacuer ; que le tissu pulmonaire ne soit pas assez résistant pour limiter son envahissement par le pus : une collection intrapulmonaire se constitue, communiquant avec l'abcès hépatique par un étroit canal, et évoluant pour son propre compte dans le poumon. Plus tard, l'abcès du foie vidé dans le poumon pourra se cicatriser ainsi que la fistule hépatopulmonaire et l'abcès du poumon subsistera seul (obs. nos 23, 24, 25 et 26). Dans d'autres cas, l'abcès hépatique se vide bien par une bronche, mais le long du trajet hépatobronchique, l'amibe se greffe sur le poumon. Il en serait ainsi quand après une grande vomique, toute expectoration hépatique purulente cesse et que seule l'expectoration hémorragique apparaît et se prolonge (obs. nos 27, 28). On sait que le kyste hydatique peut aussi se greffer sur le poumon le long d'un trajet hépatobronchique (Mme Boppe).

L'abcès pulmonaire sous tension dans le poumon peut lui-même éroder le diaphragme, la face supérieure du foie, ou même s'ouvrir dans un abcès hépatique jusqu'à indépendant (obs. n° 1).

Dans ces derniers cas, il peut être difficile de savoir quel est le foyer originel : y a-t-il eu rupture d'un abcès du foie dans le poumon ou rupture d'un abcès du poumon dans un abcès du foie ? (obs. nos 15, 13, 29.).

Arrivée au poumon par contiguité ou continuité, ou bien embolisée dans une artériole, l'amibe agit sur le parenchyme pulmonaire comme sur l'intestin, le foie ou le cerveau (Jacob, Legrand) : elle crée des zones de nécrose. « Partout où se trouve l'amibe, on trouve de la nécrose » (Dopter), nécrose causée par les mouvements de l'amibe ou par une toxine amibienne (Harris, Councilman et Lafleur, Dopter), protéase dont l'action serait très énergique sur la fibrine, beaucoup plus faible sur l'albumine coagulée (Mouton : « Digestion chez les amibes. » Ann. de l'Institut Pasteur, juillet 1902). C'est la diffusion de cette toxine non encore isolée qui expliquerait l'étendue et l'intensité des réactions au voisinage des foyers amibiens.

Les lésions vasculaires sont à l'origine de la distribution en foyers, constatée par Bunting. Arrêtée dans une artériole, l'amibe va provoquer la formation d'un thrombus. Peut-être, comme au cerveau (Legrand), les vaisseaux pourraient-ils être obturés de dehors en dedans par pression due au manchon leucocytaire et amibien qui les entourent.

Dans le territoire artériel correspondant au vaisseau obturé, se forme un infarctus hémorragique.

La nécrose atteint thrombus et infarctus. Elle ulcère les vaisseaux voisins : d'où hémorragies, production de caillots, de masses de fibrine. Elle détruit la charpente élastique des alvéoles. Il se forme ainsi une zone limitée de nécrose où l'amibe pénètre, pullule, étend ses ravages : c'est le « foyer de nécrose sèche », correspondant au « local death » hépatique de Fayer. Des foyers de nécrose

voisins se créent « en grappe de raisin » au fur et à mesure que chaque pédicule artériel se thrombose.

Autour de ces foyers, le poumon s'enflamme (alvéolite amibienne), les vaisseaux se congestionnent, apparaissent souvent comme disséqués et prêts de se rompre.

Sous l'influence de cette réaction, les foyers de nécrose sèche se liquéfient, se désagrègent, confluent ; c'est le stade ulcérocrotique. Secondairement, grâce à l'action des microbes en symbiose avec l'amibe, la suppuration s'établit. Une véritable membrane pyogénique se crée. L'abcès proprement dit, ulcéro-phlegmoneux est constitué.

Anatomie Pathologique

I. NOMBRE ET VOLUME. — En règle générale, l'abcès du poumon d'origine dysentérique — comme l'abcès du foie — est unique et volumineux. Parfois on trouve quelques petits abcès voisins, ou un ou deux abcès à côté du principal. On ne trouve pour ainsi dire jamais d'abcès miliaires disséminés dans les deux poumons comme dans l'obs. n° 20. Le volume varie de celui d'une pièce de 1 franc (obs. n° 12), d'un œuf de dinde (n° 25), d'une mandarine (n° 23), d'une orange (n° 3, 13, 14, 19), du poing (26), à celui des deux poings (n° 5, 26), d'une tête de fœtus (n° 15), d'enfant (n° 29), comprenant tout un lobe ou les deux lobes inférieurs (n° 8, 10, 11, 15, 22, 24).

II. SIÈGE. — Ordinairement : à la base du poumon droit. Cependant dans l'obs. n° 2, l'abcès siège à gauche, au lobe supérieur gauche dans l'obs. n° 21.

III. DESCRIPTION DES LÉSIONS. — Nous décrirons les lésions :

1° A leur stade de début : stade de nécrose, puis de liquéfaction ;

2° Au stade d'abcès proprement dit.

1° *Stade de nécrose.* — Nous résumons l'observation de Bunting (n° 9).

« Le lobe supérieur du poumon renferme une nodosité irrégulière, d'un diamètre de un centimètre, d'un blanc mat, sèche, ferme et rugueuse, au milieu d'une zone de congestion et d'hémorragie.

Le lobe inférieur contient une large zone de tissu atelectasié, dense, rouge foncé, de forme triangulaire à base pleurale. Près de son sommet, une artériole pulmonaire est obstruée par un caillot consistant, rose, gris, strié adhérent à la paroi vasculaire. Au voisinage : d'autres vaisseaux renferment des caillots semblables.

L'examen microscopique porte sur un petit abcès, communiquant avec une bronche de taille moyenne. Le contenu de cet abcès est le même que celui retrouvé dans les lésions hépatiques et intestinales du sujet ; il se colore mal par l'hématoxyline ou l'éosine, prenant une teinte sale ; il apparaît sous l'objectif comme une matière amorphe, finement granuleuse où peuvent se reconnaître quelques leucocytes, des débris de cellules épithéliales du poumon et des hématies ; on y voit des amibes très nombreuses. La paroi de l'abcès est formée d'alvéoles déchiquetés. Les alvéoles situés à proximité sont comblés par des réseaux de fibrine enserrant dans leurs mailles des hématies et quelques leucocytes ; par endroits les parois alvéolaires sont épaissies par des fibroblastes.

A côté de la bronchiole communiquant avec l'abcès, se trouve une artériole trombosée qui se perd dans la masse nécrotique. Le contenu de l'abcès et celui de l'artère est d'ailleurs le même ; la tunique élastique limitante

interne de l'artériole se retrouve, fragmentée, dans la masse nécrotique jusqu'à une certaine distance du vaisseau. On constate de très nombreuses amibes dans le thrombus nécrotique comme dans l'abcès lui-même.

Une deuxième artériole renferme un caillot dont la périphérie a subi un commencement d'organisation ; au centre, on trouve des amibes entourées de substance nécrotique ; cette deuxième artériole ne communique pas avec l'abcès ».

En somme : lésions en foyer de nécrose, dans une zone limitée comme un territoire artériel.

2° *Stade d'abcès proprement dit.* Nous nous appuyons pour notre description sur les constatations de Letulle et Nattan-Larrier (Précis d'Anatomie Pathologique), de Rist (Obs. n° 29).

L'abcès pulmonaire est entouré de tissu condensé, comme hépatisé, mais de teinte grise. La cavité est anfractueuse — tapissée de débris friables, de polypes, de villosités formés de tissu nécrotique — sclérosée.

Au microscope : Extérieurement, on constate de la sclérose interlobulaire, des lésions d'alvéolite desquamative, d'alvéolite végétante avec bourgeonnement fibrovasculaire. Les capillaires distendus par le sang sont entourés de leucocytes plus ou moins altérés.

Dans la paroi immédiate de l'abcès, on est frappé de l'intensité de la nécrose : il n'y a plus de noyaux colorables. Les fibres élastiques déchiquetées, rompues se retrouvent raréfiées, fragmentées, réduites en grains (Rist). Les amibes sont très abondantes à ce niveau.

Le pus est rouge ou chocolat, mal lié, fétide. Dans un

verre, il laisse déposer une couche épaisse, pulpeuse et rougeâtre ressemblant à de la chair musculaire hachée. Au-dessus de ce sédiment flotte un liquide rouge, trouble mais transparent. Dans d'autres cas, ce liquide est franchement purulent. Sur les préparations du pus, on trouve : des hématies très abondantes et souvent encore intactes ; les leucocytes habituels du pus ; les macrophages ne sont pas rares, les polynucléaires éosinophiles sont assez nombreux. *On trouve des amibes.*

3° *Evolution anatomique.* L'abcès du poumon, comme l'abcès du foie, prend des formes anatomiques différentes suivant son évolution.

a) *Si le processus de défense prend le dessus*, l'abcès s'entoure d'une véritable coque fibreuse épaisse (obs. nos 2, 10, 23, 24, 25), parfois le pus prend l'apparence et la consistance du mastic de vitrier (obs. n° 21). C'est un magma caséeux ou mucoïde, jaune-grisâtre avec des éch éveaux de tissu pulmonaire en suspension. Ces abcès anciens peuvent être très volumineux et ne contenir cependant qu'une faible quantité de pus.

Jamais spontanément l'abcès n'arrive à se cicatriser (Fontan), sauf peut-être dans les cas vomiques répétés. La cavité pulmonaire reste ouverte, exposée aux infections secondaires (Tuffier).

b) *Au contraire si le processus de nécrose et d'ulcération prédomine*, l'abcès va prendre un volume considérable et détruire peu à peu tout un lobe ou même s'étendre à la plus grande partie d'un poumon.

c) En général, l'évolution anatomique a lieu *par étapes* (reprises du processus ulcératif) bien séparées par des périodes de repos (où l'abcès tend à s'enkyster). Cette évolution est celle de toutes les lésions amibiennes et pourrait être en rapport avec ce qu'on sait de la biologie de l'amibe : la forme *tetragena* serait relativement peu virulente — la forme *histolytica* serait la forme virulente, ulcératrice et nécrosante. C'est cette dernière forme, très mobile qui seule contient des débris cellulaires et des hématies. C'est elle que l'on rencontre au cours des crises aiguës de dysenterie.

Symptomatologie

PÉRIODE DE DÉBUT

Les symptômes de l'amibiase pulmonaire nous sont donnés par la forme « pure » (sans abcès du foie), ou quand l'abcès pulmonaire survient chez un sujet guéri depuis plus ou moins longtemps d'un abcès du foie.

Le malade est un homme de 20 à 40 ans, ayant séjourné aux colonies. Il a présenté des crises de dysenterie amibienne typique ; celles-ci ont cessé depuis plusieurs mois ou même depuis plusieurs années. Parfois, cependant, l'amibiase pulmonaire éclate chez un malade en pleine crise dysentérique ; dans ce cas, en général, les symptômes intestinaux s'atténuent quand débute les symptômes de la localisation pulmonaire.

Ce début est brutal. Brusquement, souvent le soir ou en pleine nuit, le malade ressent une douleur atroce, qui lui coupe la respiration. Cette douleur siège à la base de l'hémithorax droit : soit au voisinage de l'épine de l'omoplate, soit dans l'aisselle, soit en avant, sous le mamelon (obs. n° 5) — plus haut que « le point de côté hépatique ». En général, elle est limitée sans irradiations ; en particulier sans irradiations à l'épaule. Parfois, cependant, elle

est bas située, irradiée à épaule, indiquant alors que l'abcès est juxtadiaphragmatique. Rarement, le point de côté est gauche. C'est une douleur continue, avec parfois des paroxysmes sous forme d'élancements.

Au début, la douleur est le seul symptôme ; le malade n'a pas de dyspnée à proprement parler, pas d'oppression ; il ne tousse ni ne crache. On n'observe ni frissons, ni fièvres ou seulement le soir quelques degrés de plus de la normale. Le malade a bon appétit et ne se sent nullement affaibli.

Au bout de quelques jours, le point de côté diminue ; il persiste seulement par moments quelques élancements, un peu de gêne à l'inspiration profonde. Mais le sujet tousse ; il est secoué par de longues quintes de toux qui le fatiguent et réveillent la douleur.

Cette toux est sèche ou n'amène une expectoration muqueuse sans caractères. A cette période, l'examen ne révèle pas grand'chose : un peu de diminution de la respiration, bien localisée à la base du poumon droit, parfois une légère submatité.

On parle de névralgie intercostale, de pleurodynie, de pleurite.

Cette période de « Point de côté pulmonaire » correspond à celle de « Point de côté hépatique » décrite par Dutrouleau.

Chez le malade que nous avons observé (obs. n° 7) le point de côté est resté le seul signe pendant 3 jours, puis il a presque complètement disparu. Pendant 15 jours, le malade s'est cru guéri ; mais le point de côté a reparu au même endroit qu'auparavant et avec une violence accrue ;

cette fois, il s'est accompagné de toux qui n'a amenée une expectoration qu'au bout de trois jours.

Le début s'est effectué d'une manière analogue chez le malade de Foucaud et Seguin (obs. n° 6) : Douleur violente à l'hypocondre droit et toux sèche. Sortie de l'hôpital au bout de quinze jours ; un certain temps après : reprise de la douleur qui siège cette fois au mamelon droit. Plus de deux mois après la douleur, survient l'expectoration.

PÉRIODE DE « PNEUMONIE NÉCROTIQUE »

Ainsi : douleur, toux, expectoration apparaissent souvent successivement. L'expectoration est toujours très tardive (survenant plus de 15 jours dans l'obs. n° 4, plus de deux mois dans l'obs. n° 3, après la douleur). Mais d'emblée, elle effraie le malade qui, la première fois qu'il crache, crache du sang.

D'abord, il rend des crachats bien séparés, peu nombreux, rutilants, aérés, de sang pur (obs. n° 3, 5, 6, 7).

Peu à peu, l'expectoration change de caractère : elle se charge de glaires, tout en devenant plus abondante et plus longue ; alors on trouve chaque matin dans le crachoir du malade 300 gr. environ d'une masse glaireuse, au milieu de laquelle on distingue d'assez gros crachats muco-purulents, gris-verdâtre, mêlés de nombreuses stries de sang rouge vif. L'ensemble est nettement hémorrhagique, l'aspect est celui de fraises écrasées dans de la crème, mais avec prédominance des fraises sur la crème (obs. n° 7).

Cette expectoration est inodore (obs. n° 7).

Dans d'autres cas, elle présente un aspect différent :

a) Elle peut être rouge brique (obs. n° 6, 12).

b) Elle peut être brunâtre (obs. n° 4), brun-rougâtre : liquide épais, se divisant au repos en trois couches : une couche supérieure, mousseuse, légèrement rosée ; une couche moyenne liquide, claire, sirop de groseilles ; une couche inférieure, épaisse, gris-rougâtre contenant des caillots (obs. n° 3).

Ces aspects variables dépendent de la proportion de sang et de glaires qu'elle contient ; elle change souvent d'aspect chez un même malade (obs. n° 2, 6). Mais ce qui caractérise cette période, c'est qu'elle est avant tout hémorragique.

A l'examen microscopique, elle se montre constituée par une matière hyaline, finement granuleuse ; on y trouve surtout et en petit nombre les éléments cellulaires : leucocytes plus ou moins altérés, hématies.

Elle est remarquablement amicrobienne (obs. n° 3, 7).

Parfois cependant on découvre quelques bâtonnets ou cocci.

L'absence de bacilles de Koch est extrêmement importante pour le diagnostic de cette hémoptysie (Rist).

En revanche, on y reconnaît de nombreuses amibes (obs. n° 3, 27 et 28)., qui se trahissent à l'état frais par leurs mouvements. Après coloration, elles sont difficilement distinguées des globules de pus (Tanon) et leur recherche reste souvent infructueuse.

La présence vraiment insolite dans une affection pulmonaire d'une telle expectoration, doit à elle seule évo-

quer l'amibiase ; elle met en effet sous nos yeux la substance hémorragique, glaireuse du foyer nécrotique qui caractérise toute lésion amibienne au début, quel qu'en soit le siège (Jacob, Legrand).

Nous ne saurions trop insister sur la valeur majeure de ce symptôme pour ainsi dire constant (cependant il a manqué dans les obs. n^{os} 5 et 15, dans des formes qu'on pourrait qualifier de formes « encloses »).

L'examen de l'appareil pulmonaire permet de constater un foyer limité de condensation à la base droite, au-dessus du foie. L'inspection ne révèle rien d'anormal ; à la palpation, on peut réveiller parfois un point douloureux au-dessus de la région hépatique (sous le mamelon droit dans les obs. n^{os} 5, 25, au 6^e espace, en avant et latéralement dans l'obs. n^o 10).

La percussion montre à la base du poumon droit une zone limitée de matité. Celle-ci siège le plus souvent en arrière, se confondant en bas et en avant avec la matité hépatique. La limite supérieure, nette, bien tranchée, concave vers le bas, remonte à peu de distance de l'épine de l'omoplate. Parfois, la zone de matité est antérieure, remontant au-dessus du mamelon droit (obs. n^o 24). Enfin, toute la base peut être mate (obs. n^o 5) ; ce dernier cas n'est pas le plus fréquent : en général, la zone de matité est très limitée au moins au début.

A l'auscultation, on constate que le murmure vésiculaire est diminué. Très rarement, il est aboli et remplacé par un souffle expiratoire lointain (obs. n^{os} 5, 25).

On entend dans le foyer mat des râles humides, très

fins, très serrés, mêlés à des frottements pleuraux, et on les entend surtout après la toux (obs. n^{os} 3, 7, 15).

Toujours, en présence de ces signes accompagnant l'expectoration hémopurulente, on devra examiner le malade aux rayons X. On découvre à la radioscopie une opacité siégeant à la base droite, à contours arrondis, flous et non aussi nettement et finement limités que ceux du kyste hydatique ; l'abcès est en effet entouré d'une zone de congestion pulmonaire (Tuffier et Haret). Cette opacité tranche sur la transparence du reste des champs pulmonaires. Ses rapports avec le foie sont importants à préciser : dans les cas nets, elle est bien séparée, par une bande claire, de la coupole diaphragmatique, dont la forme, la situation, la mobilité sont respectées (obs. n^o 7). Dans d'autres cas, l'image anormale ne se sépare du diaphragme qu'en inspiration forcée, quand le diaphragme s'abaisse ; mais, d'autres fois, elle peut, même dans cette situation d'inspiration forcée, rester confondue avec l'opacité hépatique. Quand l'abcès adhère au diaphragme, la mobilité du muscle enflammé est très diminuée — ou nulle. Alors, le diagnostic radiologique entre collection pulmonaire et collection hépatique devient très épineux. Nous verrons, au diagnostic, les moyens proposés pour y arriver.

L'examen des autres appareils ne décèle aucune lésion ; le foie, en particulier, n'est ni gros, ni déformé, ni douloureux ; la rate est normale ; l'appareil cardiovasculaire, le système nerveux, etc. sont normaux. La fièvre est légère quand elle existe, subcontinue. Cependant, au bout de quelques jours, elle tend à s'élever légèrement,

pouvant atteindre 38°8 ou 39° le soir. L'état général reste bon, le malade ne maigrit pas ou peu. Le poulx est en rapport avec la température, les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. Dans le sang, on trouve de la poly-nucléose, parfois une légère éosinophilie (obs. n^{os} 12, 21, 29).

A ce moment, si l'on institue le traitement par l'émétine, ce malade qui souffre, crache, a de la fièvre, depuis une ou plusieurs semaines, va guérir en deux ou trois jours.

Le lendemain de la première injection, l'expectoration diminue de moitié, devient moins sanglante et moins purulente ; le surlendemain, on constate une vingtaine de crachats simplement teintés de sang ; le jour suivant, cinq ou six crachats blanchâtres simplement muqueux ; enfin, l'expectoration se tarit complètement.

En même temps, la température est tombée en quelques heures à la normale. Localement, la matité diminue d'intensité et d'étendue, les râles deviennent moins nombreux, les frottements persistent un peu plus longtemps ; bientôt, on n'entend plus qu'un peu de diminution de la respiration. A la radioscopie, l'ombre pulmonaire devient pénombre, se fragmente subsistant encore quelques jours.

PÉRIODE DE SUPPURATION

Ce qui caractérise la période de nécrose et de liquéfaction, c'est que l'expectoration est hémorragique, glai-reuse. Peu à peu, si l'affection est abandonnée à elle-mê-

me, la suppuration s'établit : l'expectoration devient franchement purulente, tout en restant hémorragique. Par moments, son caractère hémorragique s'accroît, « indiquant une reprise de l'activité des lésions » (Chaufard). Très souvent son aspect est brunâtre, rougeâtre, ou chocolat (obs. n^{os} 2, 6). Elle se distingue d'une expectoration d'origine hépatique en ce qu'elle ne contient ni pigments biliaires, ni glycogène, ni cristaux de cholestérine, ni débris de cellules hépatiques. (Voir Renault : la coloration chocolat indique seulement un mélange intime de pus et de sang).

Cette expectoration anémique, épuise profondément le malade qui maigrit, n'a plus d'appétit, a de la fièvre le soir, des sueurs nocturnes et ressemble de plus en plus à un phtisique.

Elle devient brusquement très abondante, plus purulente, véritable vomique en rapport avec l'évacuation brusque d'une partie du contenu de l'abcès dans une bronche de calibre suffisant.

Le plus souvent, c'est une vomique fractionnée. Pendant 3, 4 jours, le malade, qui crachait beaucoup moins, rend chaque jour : 200 gr. (obs. n^o 3), parfois 500 gr. et plus (obs. n^{os} 4, 10) de pus parfois fétide (obs. n^o 10). Ces vomiques peuvent être coupées de fortes hémoptysies (obs. n^o 4).

Par moments, l'expectoration semble se tarir presque complètement, puis elle reprend souvent d'abord sous forme de vomique. Il peut y avoir ainsi des périodes de rétention alternant avec des périodes d'évacuation de l'abcès.

A cette période, les signes physiques se sont étendus. A l'inspection, on peut parfois observer une voussure de la base droite, de l'œdème (obs. n° 3). A la percussion, la matité est haute, paraissant porter en avant le bord supérieur du foie au mamelon, remontant en arrière dans la fosse sous-épineuse. A la palpation, le foie repoussé peut paraître abaissé, mais il reste indolore (obs. n° 3, 24). A l'auscultation, on constate que les signes de condensation pulmonaire se sont beaucoup étendus, on peut observer après la vomique, ou seulement quand l'expectoration a été très abondante : des signes de collection hydroaérique (obs. nos 10, 29) ; *à la partie inférieure* : de la matité, de l'abolition des vibrations ; *à la partie supérieure* : une sonorité tympanique, un souffle à caractère amphorique, remplaçant le murmure vésiculaire, parfois de la succussion hippocratique. Tous ces signes : dans une zone bien limitée (obs. n° 29) ou simulant un pyopneumothorax (obs. n° 10) quand la poche est considérable.

A la radioscopie : l'image occupe une zone plus étendue et parfois on a l'image d'une poche hydroaérique (boule de verre à demi remplie d'encre avec parfois succussion visible (obs. n° 29) et niveau liquide horizontal, quelle que soit la position imprimée au malade.

Parfois, lorsque l'abcès devient extrêmement volumineux, on pourra observer des signes oculaires de compression, ou d'irritation sympathique (obs. nos 10 et 11) ; de la dyspnée, de l'oppression apparaissent (obs. nos 10, 11, 21).

PÉRIODE TERMINALE

Peu à peu, l'état général du malade, resté longtemps relativement bon, malgré le volume et la persistance des lésions, s'altère profondément, particulièrement au moment des vomiques, et, favorisée par les infections secondaires, l'affection prend les caractères généraux des grandes suppurations.

Le malade perd ses forces, s'anémie de plus en plus, maigrit, devient cachectique. Il prend un teint terreux, ses traits se tirent, la fièvre devient oscillante, puis irrégulière à grandes oscillations (obs. n^{os} 17, 12) ; elle peut prendre la forme d'accès irréguliers précédés de frissons et suivis de sueurs profuses. La toux devient incessante, l'expectoration de plus en plus abondante. Des douleurs thoraciques et de la dyspnée en rapport avec le volume de l'abcès et la septicémie tourmentent le malade ; la zone de matité pulmonaire s'est très étendue. Le pouls s'accélère et s'affaiblit ; la rate se tuméfie (obs. n^o 12) parfois. La mort survient enfin au milieu de ces phénomènes septicémiques. L'évolution peut être abrégée par une hémorragie foudroyante (obs. n^o 24) ou par un accès de dyspnée terrible en rapport avec une thrombose de l'artère pulmonaire, comme il peut s'en produire chez les cachectiques (obs. n^o 12).

La mort peut encore survenir en quelques jours, précédée de torpeur, de paralysies, de crises convulsives, ou de délire : une métastase cérébrale est venue terminer la scène.

EVOLUTION

L'évolution de l'amibiase pulmonaire abandonnée à elle-même est longue. Sa durée totale est variable : plusieurs semaines (obs. n° 5), ordinairement plusieurs mois (obs. n°s 2, 3).

Elle se fait par étapes, par « crises », souvent bien séparées par des périodes d'intermissions qui peuvent être très longues.

Abandonnée à elle-même, elle aboutit toujours à la mort.

L'intervention chirurgicale peut la guérir.

Le chlorhydrate d'émétine, comme nous le verrons, transforme du tout au tout le pronostic de la maladie.

FORMES CLINIQUES

L'évolution de l'abcès peut être très FRUSTE, parfois même LATENTE : découverte d'autopsie ou d'opération (Loisau).

Rarement, l'expectoration peut manquer (obs. n°s 5 et 15) : ce sont là des FORMES ENCLOSES, qui peuvent cependant être volumineuses mais ne communiquer avec aucune bronche importante. Parfois c'est la vomique qui est la première manifestation clinique (obs. n°s 2, 10, 18). Dans certains cas, les vomiques, ou simplement le caractère purulent de l'expectoration manquent, L'EXPECTORATION EST SEULEMENT HÉMOPTOÏQUE, l'évolution reste pen-

dant longtemps à la phase pseudotuberculeuse (obs. n^{os} 27, 28, 29) et c'est l'absence répétée de bacilles de Koch dans l'expectoration qui écarte la tuberculose. Dans ces cas, il faudra penser entre autres affections à l'amybiase pulmonaire.

Abcès hépatopulmonaire. — En général, il s'agit de la migration d'un abcès du foie dans le poumon. Le malade a déjà un foie qui s'hypertrophie par poussées, est douloureux spontanément et à la palpation profonde de bas en haut ; il a souvent un léger subictère, des accès de fièvre irréguliers avec frissons et sueurs. Son état général est déjà mauvais.

Il va présenter par poussées : de la toux, des crachats de congestion pulmonaire, des signes diffus et mobiles à la base droite de bronchite et de congestion.

C'est chez un tel malade que vont évoluer les signes de la migration thoracique, précisés par Fontan (Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, 1900).

« La scapulagie apparaît ou s'exagère : la douleur en bretelle, à l'épaule droite, indique l'envahissement du diaphragme.

» Presque aussitôt après, une petite toux sèche, très pénible, douloureuse, indique qu'il y a pleurite diaphragmatique. Ces signes sont très fugaces. Bientôt, le malade rejette des crachats gommés, colorés de sang ; quelquefois même petite hémoptysie témoigne du processus pneumonique de la base pulmonaire.

» Ces signes peuvent ne durer que quelques heures, en tout cas deux jours au plus.

» Tout à coup, au milieu d'une quinte de toux plus forte, le malade sent monter vers sa gorge un flot de liquide chaud et douceâtre et rend une quantité énorme de pus chocolat mêlé de quelques caillots noirs et de quelques traces de sang rouge.»

Après la vomique, peu à peu l'expectoration redevient franchement sanglante. Un véritable « état hémoptoïque chronique » s'établit souvent, et il est difficile de faire la part de ce qui revient au foie et au poumon dans cette expectoration (Chauffard). Ces hémoptysies plus abondantes par périodes peuvent se répéter très longtemps, avec, par moments, cessation presque complète de l'expectoration (obs. n° 27 : la fistule hépatobronchique durait depuis 5 mois et n'a guéri que par l'émétine ; obs. n° 29 : le malade a craché du sang 2 mois et est mort après opération). Les signes peuvent être exclusivement pulmonaires (obs. n° 29), toux incessante, douleur, oppression. A l'examen : souvent, après la vomique, le foie a diminué de volume. A la base de l'hémithorax droit, on constate une zone de condensation pulmonaire (matité, obscurité respiratoire, souscrépitations fins) surmontée parfois d'une petite zone de tympanisme (obs. n° 29). A la radioscopie : une opacité arrondie ou triangulaire surmonte l'ombre hépatique. Le sinus costo-diaphragmatique est souvent effacé. Quand on voit une partie du diaphragme, elle est *immobile* (obs. n° 28). Parfois, on voit une image hydroaérique avec succussion visible (obs. n° 29).

Progressivement, avec des périodes de rémissions, le malade maigrit ; la fièvre à oscillations, les sueurs appa-

raissent. Le malade, qui ressemblait à un phtisique, prend le « facies suppuratif » et évolue vers la cachexie au milieu de phénomènes septicémiques.

Forme pleuro-pulmonaire (obs. n^{os} 2 et 10). — On soupçonnera cette forme quand, après les signes d'abcès pulmonaire avec zone de condensation, brusquement survient une expectoration très abondante rougeâtre ou chocolat, des signes de pyopneumothorax. La ponction donne issue à un liquide de même aspect que l'expectoration. Dans ce liquide, comme dans cette dernière, on peut trouver des amibes. En général, l'état devient rapidement mauvais et l'évolution est abrégée (obs. n^o 2 : mort 2 mois après l'apparition de l'abcès pleural ; obs. n^o 10 : mort également en 2 mois).

Abcès du poumon coexistant avec un abcès du foie, les deux abcès étant indépendants. — Les signes d'abcès pulmonaire, expectoration hémopurulente, zone de condensation pulmonaire, viennent se surajouter aux symptômes d'abcès du foie ; quand les deux abcès pulmonaire et hépatique sont contigus, il est difficile de préciser leurs relations.

L'apparition de l'abcès pulmonaire aggrave l'état général du malade et abrège l'évolution.

« *Formes à localisations multiples de l'amibiose* » (localisations multiples dans un même organe — ou métastases dans plusieurs viscères). — Parmi ces formes, les plus fréquentes sont celles à 3 métastases : hépatique, pulmonaire, cérébrale. On voit se succéder des signes

d'abcès du foie, puis d'abcès du poumon ; au bout d'un certain temps, le malade présente de la torpeur coupée par moments de périodes de délire, des crises d'épilepsie surviennent, des paralysies localisées : de l'aphasie, de l'agraphie se montrent indiquant une métastase cérébrale qui amène la mort en quelques jours. Quand les différentes localisations se succèdent à peu d'intervalles, l'état général est rapidement grave, la fièvre élevée, les signes d'infection générale très marqués : l'affection prend une allure septico-pyohémique.

FORMES SEPTICÉMIQUES. — Parmi ces formes, à localisations multiples, il en est une intéressante chez les anciens coloniaux, c'est la FORME PSEUDO-PALUDÉENNE, avec grands accès fébriles précédés de grands frissons et suivis de sueurs abondantes, avec subictère, grosse rate (obs. n^{os} 12 et 19), parfois hémoglobinurie passagère (obs. n^o 12). Mais les accès fébriles sont plus irréguliers que dans le paludisme, ne cèdent pas à l'action de la quinine ; on ne trouve pas d'hématozoaires dans le sang, on trouve de la polynucléose, au lieu de mononucléose.

Les symptômes d'abcès du poumon (toux, point de côté, zone de condensation avec réaction pleurale) sont souvent effacés au milieu des signes généraux, malgré leur volume (obs. n^o 16). L'expectoration, là encore, sera le grand signe qui pourra permettre le diagnostic.

A côté de cette forme pseudo-paludéenne, signalons une forme pseudo-typhoïde (Raymond, in Bulletin de la Soc. Méd. des Hôp., juin 1914) avec fièvre continue, le diagnostic n'étant possible cliniquement que

quand les symptômes pulmonaires apparaissent et se précisent, parfois seulement quand une vomique apparaît.

Dans ces formes septicémiques où septicopyohémiques, il est souvent difficile de faire la part de ce qui revient à l'amibiase proprement dite et de ce qui revient à l'infection microbienne surajoutée. Le cas de Dubujadoux (obs. n° 17) paraît être une pyohémie microbienne.

L'amibémie à localisations multiples amicrobiennes existe sûrement comme l'a montré Legrand (Bull. de l'Acad. de Médecine 1920), qui a publié un cas de pyohémie où : après examens du pus des abcès, cultures, inoculations en série, il n'a trouvé que de l'amibiase pure dans les abcès métastatiques, avec absence totale de bactéries. Dans un autre cas (obs. n° 20), dû à MM. Chantemesse et Rodriguez : un même abcès du foie s'est montré stérile ; d'innombrables petits abcès pulmonaires, un abcès parotidien contenaient des amibes.

Diagnostic

DIAGNOSTIC POSITIF

Le D. de l'Amibiase pulmonaire pure — sans abcès du foie — pourra ordinairement être posé par les données cliniques. La preuve de la nature amibienne de la lésion pulmonaire sera fournie par les examens de laboratoire (découverte des parasites dans l'expectoration) ; mais pratiquement, comme nous le verrons, le traitement par le chlorhydrate d'émétine constitue la véritable pierre de touche de l'amibiase (Chauffard. Noël Fissinger).

Rappelons brièvement les éléments du diagnostic : ce sont d'abord ceux de l'Amibiase en général : a) Les antécédents de dysenterie chez un sujet ayant fait un séjour prolongé dans une colonie où la dysenterie réside à l'état endémique — crises aiguës de dysenterie typique, vérifiées par l'examen des selles — guérison par l'émétine. b) La localisation à la base, qui est celle de l'amibiase, tant hépatique que pulmonaire. c) Le peu d'intensité des signes généraux pendant longtemps, contrastant avec l'étendue et la persistance des lésions. d) L'évolution par « crises » bien séparées par des périodes d'intermission parfois très longues.

La douleur, les signes de condensation pulmonaire à la base du poumon droit, ont surtout une valeur de localisation. La radioscopie limite le diagnostic à celui des collections pulmonaires à évolution prolongée.

Mais avant tous les autres signes, un signe suffira à lui seul à faire soupçonner l'amibiase pulmonaire. Ce signe capital, presque pathognomonique : c'est l'expectoration hémorragique, glaireuse, apparaissant tardivement, d'une manière progressive et mettant sous nos yeux la substance nécrotique elle-même qui constitue la caractéristique anatomique des lésions amibiennes.

Le laboratoire permettra de déceler la présence d'amibes et de kystes dans les selles, l'examen microscopique de l'expectoration montrera sa nature nécrotique ; son caractère amicrobien, l'absence de bacilles de Koch sont des éléments de diagnostic importants. Les amibes y seront reconnues surtout à l'état frais (sur lame légèrement chauffée, après avoir recueilli les crachats dans de l'eau chaude), grâce à leur mobilité. Après coloration, elles seront difficilement distinguées des globules de pus (Temon), d'autre part la recherche des amibes nécessite souvent la compétence d'un spécialiste (Obs. n° 18 : le diagnostic n'a été fait que grâce à M. le P^r Brumpt). On sait aussi que dans les selles, kystes et amibes peuvent manquer dans les dysenteries les plus avérées ; la recherche des kystes par la méthode de Carles et Barthélémy est compliquée.

Au contraire, le traitement par l'émétine assure très rapidement le diagnostic en guérissant le malade ; il est à la portée de tout praticien.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Au début, quand le malade a seulement un point de côté, de la toux sèche, on parle de *névralgie intercostale*, de *pleurodynie*, de *pleurite*. de début de *pleurésie*, de *congestion pulmonaire légère*.

Mais l'hémoptysie survient, se prolonge, se répète par poussées. Alors on pose le diagnostic de TUBERCULOSE PULMONAIRE, d'autant plus que peu à peu, le malade s'anémie, a de la fièvre le soir, des sueurs nocturnes et prend l'aspect du phtisique ; cependant, l'expectoration est différente de celle du tuberculeux ; son examen plusieurs fois répété montre que le bacille de Koch est absent. Les sommets des poumons sont normaux à l'examen sthétoscopique ; les signes physiques sont localisés et limités à la base pulmonaire droite.

L'examen radioscopique écarte le diagnostic de tuberculose et pose celui des collections pulmonaires à évolution prolongée : cancer pulmonaire — kyste hydatique du poumon, affections qui elles-mêmes ne sont pas fréquentes. Le seul fait de constater un abcès pulmonaire primitif (non consécutif à une broncho-pneumonie ou à un foyer de suppuration voisin ou distant) doit faire soupçonner et rechercher l'amibiase.

LE CANCER DU POUMON sera d'un diagnostic en général aisé ; il ne peut s'agir ici que du cancer primitif, cancer en amande ; le cancer secondaire donnant à la radioscopie des ombres arrondies, disséminées. Dans le cancer primitif, les signes physiques de condensation pulmonaire sont

les mêmes que dans l'amibiase ; les signes généraux, à cause de l'évolution rapide du cancer, n'ont pas le temps de donner au malade l'aspect jaune paille du cancéreux. Mais dans le cancer, les douleurs : points de côté, névralgie intercostale, sont très accusées ; l'expectoration gelée de groseilles est rare, on observe plutôt des hémoptysies franches qui ressemblent à celles de la tuberculose, mais contenant des cellules néoplasiques, parfois même des débris de tumeur ; il existe une dyspnée continue et souvent paroxystique en rapport avec l'adénopathie trachéo-bronchique qu'on voit à la radioscopie ; l'image radioscopique du cancer lui-même n'est pas uniforme, mais présente des taches plus ou moins obscures : ses contours sont irréguliers ; son siège est profond : **juxta-hilaire en général.**

Le cancer évolue et d'une manière plus régulièrement progressive que l'amibiase.

LE KISTE HYDATIQUE DU POU MON pourra être plus difficile à diagnostiquer. Il siège le plus souvent à la base droite, comme l'abcès du poumon ; il est très souvent cortical, donnant alors les mêmes signes de condensation pulmonaire. Quand il est profond, il donne plus volontiers des signes de compression médiastinale, en particulier de la dyspnée. Quand il est central, il est souvent découvert à la radioscopie. Son image est alors plus régulièrement circonférencielle ; ses limites ne sont pas floues, mais d'une fine netteté. L'image hydroaérique (*pneumokyste hydatique de Dévé*) est précédée de pseudo-vorrique hydatique dans le cas de kyste hydatique ; elle est précédée d'une expectoration hémorragique et purulente

dans le cas d'abcès pulmonaire. On a décrit des formes hémoptoïques du kyste hydatique, mais en général, l'hémoptysie du kyste hydatique est moins fréquente que celle de l'abcès amibien et ne se montre guère qu'au moment de la fissuration qui précède l'ouverture du kyste ; c'est, en tout cas, une hémoptysie de sang rouge, différente de l'expectoration amibienne.

La vomique hydatique claire, eau de roche, contenant des hydatides vient souvent trancher le D.

Le malade atteint de kyste a été en rapport avec des chiens, des signes d'intoxication hydatique : urticaire, prurit, accompagnent l'évolution. La rupture du kyste est souvent marquée par des symptômes d'ordre anaphylatique. Avant cette rupture, on aura déjà pu déceler le kyste hydatique par l'examen du sang : recherche de l'éosinophilie, réaction de Weinberg. Il y a souvent kyste hydatique primitif du foie.

Dans beaucoup de cas, on sait que le malade est un dysentérique. Quand apparaissent les signes de condensation à la base droite, le point de côté droit, on pense à UN ABCÈS DU FOIE.

On pensera à l'abcès du poumon devant son expectoration spéciale et à cause de l'absence d'augmentation de volume du foie, de douleur provoquée à la palpation du foie, enfin on le diagnostiquera grâce à la radioscopie montrant une ombre pulmonaire bien séparée du diaphragme qui n'est pas déformé et conserve sa situation et sa mobilité (Foucaud et Seguin).

Dans certains cas, comme nous l'avons vu, l'ombre de la lésion pulmonaire se confond, même à l'inspiration

forcée, avec l'opacité du foie. La mobilité du diaphragme, bien visible quand le sinus castodiaphragmatique n'est pas effacé, a alors une grosse importance (Foucaud) ; mais quand l'abcès pulmonaire adhère à un diaphragme lui-même atteint de myosite, le diagnostic radioscopique devient extrêmement difficile. Tuffier et Haret ont donné différents moyens de faire ce diagnostic. L'abcès du dôme hépatique a une limite supérieure nette : c'est la coupole diaphragmatique, l'abcès pulmonaire est entouré d'une atmosphère congestive donnant une opacité mal délimitée et faible. M. Achard donne un moyen « qui semble parfait en théorie, mais a-t-il été employé ? » (Tuffier). C'est celui-ci : évacuer par ponction sous radioscopie une certaine quantité de liquide et le remplacer par de l'air stérilisé. Y a-t-il abcès sous-phrénique ? il se forme une zone claire surmontée d'une bande noire arciforme. Y a-t-il collection intrapulmonaire ? on a une image de pyo-pneumo-thorax.

Se produit-il une vomique ? on pensera à la RUPTURE DANS LES BRONCHES D'UN KYSTE HYDATIQUE DU FOIE, ou chez un dysentérique : A LA RUPTURE D'UN ABCÈS DU FOIE. Dans ce dernier cas, il y a un gros foie douloureux. La vomique est précédée des signes de migration pulmonaire (voir symptomatologie). Dans la vomique d'origine hépatique, on trouve des éléments de tissu hépatique. La radioscopie montrera souvent après rupture de l'abcès pulmonaire une image hydroaérique. L'expectoration hémorragique continue après la vomique dans le cas d'abcès pulmonaire, dans le cas d'abcès du foie l'expectoration qui suit la vomique reste purulente (Tuffier).

La rupture d'un KISTE HYDATIQUE DU FOIE est en général précédée de signes de suppuration intra-hépatique. La vomique contient des hydatides ; les symptômes d'ordre hydatique (urticaire, prurit), l'examen du sang, feront faire le diagnostic.

Le D. se complique beaucoup quand coexistent, sans communiquer, un abcès du foie et un abcès du poumon. L'abcès pulmonaire risque bien souvent d'être négligé. d'autant plus que l'abcès du dôme hépatique se cache souvent sous une symptomatologie d'ordre respiratoire. C'est encore l'expectoration qui fera soupçonner l'abcès du poumon. Quand les deux foyers, hépatique, pulmonaire sont assez distants, le D. pourra se faire grâce à la radioscopie, la ponction sous-écran. On emploiera les procédés préconisés par MM. Tuffier et Haret, M. Achard. Bien souvent, on ne pense à l'abcès pulmonaire qu'après intervention sur le foie, lorsque l'état du malade ne subit pas une amélioration durable et que les signes pulmonaires subsistent. Actuellement, le traitement par l'émétine peut permettre un diagnostic et éviter une intervention exploratrice, en guérissant l'abcès du poumon qui se draine facilement par les bronches, alors que l'abcès hépatique persiste bien que stérilisé. La radioscopie permet de suivre la disparition progressive de l'abcès pulmonaire, tandis que la déformation du diaphragme par l'abcès hépatique reste encore visible.

Traitement

Dans tous les cas, on instituera le traitement par le chlorhydrate d'émétine. On sait que ce traitement, inventé par Rogers (1912), introduit en France par M. Chauffard (obs. princeps, n° 27), a donné depuis dans de nombreux cas d'abcès hépatiques ouverts dans les bronches, des résultats « surprenants » (Chauffard, Dopter et Pauron, *Bull. de la Soc. Méd.*, nov. 1913. — Tuffier, *Bull. Soc. Chir.*, nov. 1913, etc.).

Aussi avons-nous été étonnés de constater que dans aucun cas d'amibiase pulmonaire isolée (« pure » ou sans communication avec un abcès du foie) le traitement par l'émétine n'avait été pratiqué, sauf dans le cas observé par nous, où il a amené la guérison en quatre jours. Ce résultat n'est pas pour nous surprendre. Nous pouvons, en effet, préjuger de l'action sur l'amibiase pulmonaire de l'alcaloïde de l'ipéca, d'après ce que nous savons de son action sur l'amibiase hépatique. Mais les résultats satisfaisants doivent être plus fréquents pour l'abcès du poumon que pour l'abcès du foie. Le premier, en effet, se manifeste plus tôt que le second, il pourra être traité plus précocement. Surtout, l'amibiase pulmonaire se draine pour ainsi dire toujours spontanément par les

voies naturelles, et cela, dès la période de liquéfaction, présuppurative. En transposant pour l'amibiase pulmonaire, les données actuelles du traitement de l'amibiase hépatique, nous restons au-dessous de la vérité. Voici ces données d'après MM. Françon et Hutinel :

A la période de nécrose, et même à la période de liquéfaction présuppurative, l'émétine termine rapidement l'hépatite amibienne (ce sont les « hépatites abortives » (Françon, *Thèse de Paris*, 1919).

Même au début de la période phlegmoneuse, le traitement médical guérit à lui seul. Ce sont ces cas récents, à pus jeune, hémorragique, amicrobien et où l'abcès est encore peu volumineux (du volume d'une orange par exemple), où l'état général est peu touché encore, qui ont le plus de chance d'être guéris sans opération. Dans 17 cas réunissant ces conditions, MM. Françon et Hutinel ont obtenu des guérisons complètes.

L'émétine agit en vingt-quatre, quarante-huit heures. Si, au bout de cinq jours, une semaine au plus, une amélioration nette n'est pas obtenue, on passera la main au chirurgien. On se fondera pour juger de l'amélioration moins sur les modifications de l'état général, que sur celles de l'expectoration, et surtout sur la persistance ou la disparition progressive des signes physiques, de l'image radioscopique. L'émétine, en effet, n'agit que sur l'amibe. Une collection mal drainée, une collection envahie par les microbes d'infection secondaire, devra être évacuée.

On devra donc opérer les abcès volumineux, se drainant mal (formes encloses), infectés, avec état général

mauvais. Dans certains cas, il est urgent d'évacuer l'abcès avant d'attendre l'effet de l'émétine.

Dans les cas où on peut attendre, quand l'état général est encore bon, l'abcès facilement accessible, peu volumineux, on pourra essayer la ponction évacuative, répétée plusieurs jours de suite au besoin.

Dans les cas encore récents d'abcès se drainant assez bien par les bronches encore peu infectés, peu volumineux, mais difficilement accessibles, on pourra limiter l'intervention aux procédés *d'affaissement du poumon*, qui, parfois ont suffi à évacuer l'abcès et à guérir le malade (obs. n° 6).

Dans les cas anciens, quand l'abcès est entouré d'une coque fibreuse ne se laissant pas affaisser, quand l'abcès est volumineux, ou très infecté avec signes généraux le suppuration on ouvrira et on drainera l'abcès. On ouvrira très largement. « Les abcès ouverts largement doivent guérir » (Tuffier, voir obs. n° 4, où seule une 3^e intervention, large, a amené la guérison). Grâce à l'émétine associée au traitement sanglant, la cicatrisation est très rapide (Dopter et Pauron).

COMMENT PRATIQUER CES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS ?

1^o *Traitement médical.* — On emploiera des doses assez fortes de chlorhydrate d'émétine — jusqu'à douze centigrammes par jour (Chauffard). On y associera avec avantage le novarsenobenzol. On pourra employer la technique de Ravaut : quatre injections de 914 (trenté centigr.), à 4 jours d'intervalle ; chacun des trois jours intermé-

diaires : quatre, six, huit centigrammes d'émétine. On continue seulement le 914 sans émétine jusqu'à la sixième injection. Quatre injections de 914 sont associées alors à l'émétine, comme les quatre premières. On fera une série de cures semblables séparées par des périodes de repos de un mois. Après ce traitement de blanchiment, on continuera pour assurer la guérison définitive de l'amibiase — tant intestinale que pulmonaire — par un traitement d'entretien, par exemple : trois injections de 914 et neuf d'émétine, intercalées entre les deux premières.

On emploiera de l'émétine fraîche, claire, par voie sous-cutanée. Aucun accident toxique (nausées, troubles nerveux) n'est à redouter, si on suit la technique précédente. On ne dépassera pas quatre-vingt centigrammes par séries d'injections.

2° *Procédés d'affaissement pulmonaire.* — Ce sont :

a) Le pneumothorax thérapeutique. Nous ne connaissons pas d'observation où il ait été employé. Mais, parfois, le pneumothorax créé par l'ouverture chirurgicale de la plèvre a aidé à guérir le malade.

b) Le lipôme extrapleurale (Tuffier).

c) Surtout : les procédés de désossement de la paroi :

résection pluricostale d'Etlander (obs. n° 5) ;

le grand volet thoracique de Delorme quand l'abcès est volumineux ;

ou même l'opération de Depage : résection des côtes dans le volet par la méthode sous-pleuro-périostée, de façon à obtenir la mobilité complète du lambeau.

3° *Ouverture et drainage.* — On localisera la collection le mieux possible, aidé par la radioscopie ; au besoin, on pratiquera la ponction sous écran. La ponction, positive, sera d'ailleurs le premier temps de l'opération. On suivra le trocart-guide pour aborder l'abcès par le plus court chemin.

Toujours, on pratiquera, d'après les procédés indiqués, le désossement de la paroi thoracique. L'opération de Depage permet l'accolement du lambeau à la paroi profonde de l'abcès. Ce désossement est plus efficace pour vider l'abcès que le drainage (Foucault et Seguin, Renault).

Le temps délicat est le passage de la plèvre : il faut éviter d'infecter la séreuse. Celle-ci est heureusement, le plus souvent protégée par des adhérences. Quand la cavité pleurale est libre, on pratiquera la suture de la plèvre viscérale à la paroi, en prenant le plus possible de tissus en profondeur (Renault). Le traitement par l'émétine rendra moins grave le souillage de la plèvre, en tuant les amibes.

« On évitera de curreter les parois de l'abcès, à cause des hémorragies possibles, ni d'injecter du liquide (pouvant pénétrer dans les bronches et asphyxier le malade).

» On placera deux gros drains en canon de fusil.

» Et on fera un vaste pansement sec à la gaze stérilisée. » (Renault).

Quand l'abcès du poumon est très inférieur, que l'on hésite sur la coexistence d'abcès sus ou sous-phréniques et sur leurs relations, on explorera la cavité thoracique avant d'aborder le foie, par voie transdiaphragmatique.

On résèque un segment de la 8° cote dans l'aisselle :

on arrive ainsi sur la base du poumon, là où on a le plus de chances de rencontrer des adhérences. On peut passer sous le cul de sac pleural costo-diaphragmatique, le refouler si possible, explorer le poumon, le diaphragme, le foie à travers ce muscle, et constater s'il existe des adhérences pleuro-diaphragmatiques, en particulier des adhérences solides dans une zone limitée (indice d'une fistule hépatopulmonaire (Fontan). On peut ponctionner le foie ou le poumon.

On aura pu réséquer 7°, 6° côtes de bas en haut, pour étendre l'intervention sur le poumon, si c'est nécessaire.

En résumé, on explorera soigneusement la cavité thoracique avant d'explorer le foie, quand on ira à la recherche d'un abcès du dôme hépatique de façon à ne pas passer à côté d'un abcès de la base pulmonaire (Loison).

Abcès hépto-pulmonaires. — Les cas de guérison par le seul traitement médical sont nombreux quand il s'agit d'ouverture d'abcès hépatique dans les bronches. Cela se comprend, puisqu'au traitement stérilisateur se joint une voie de drainage naturelle. Ce sont là surtout des cas à cheminée hépto-bronchique transpulmonaire. Quand le pus est retenu dans le poumon, que l'abcès ainsi créé évolue activement et pour son propre compte aux dépens du parenchyme pulmonaire (cas d'abcès hépto-pulmonaire proprement dit), l'émétine arrêtera bien l'extension de l'abcès, mais le plus souvent, il faudra évacuer chirurgicalement le pus mort. L'action de l'émétine aura plus de succès quand, après s'être vidé dans le poumon, l'abcès hépatique tend à se cicatriser (Chauffard). D'autres fois, au contraire, l'abcès hépatique persiste, continue à s'évacuer par

périodes dans la cavité pulmonaire, et il faut intervenir sur le foie. Enfin, comme pour l'amibiase pulmonaire isolée, il faut opérer quand l'abcès hépato-pulmonaire est très infecté secondairement.

La fistule hépato-pulmonaire étant reconnue par l'exploration sus-diaphragmatique, comme il a été dit plus haut, on se rendra compte du degré des lésions hépatique et pulmonaire. On élargira le trajet qui les réunit. « Pour l'abcès du foie vidé directement dans les bronches, il suffit de drainer l'abcès hépatique par voie transdiaphragmatique ; la fusée thoracique disparaît quand le foyer originel est évacué » (Françon et Hutinel). Quand, au contraire, existe une collection pulmonaire plus importante et plus jeune que la collection hépatique, on drainera par le poumon après élargissement du goulot transdiaphragmatique.

CONCLUSION

Les interventions chirurgicales sont graves. Si on n'intervient pas assez largement, la suppuration par les drains persiste abondante. Il peut y avoir infection secondaire par les drains. On est parfois forcé d'opérer à nouveau (obs. n° 4) ou bien le malade succombe à la suppuration (obs. n° 2, 10, 11).

La pleurésie post-opératoire qui survient une dizaine de jours après l'opération (Renault) est passagère.

Au moment de l'intervention, des accidents asphyxiques peuvent emporter le malade. Les jours suivants, une hémorragie de 200, 300 grammes et plus pourra survenir, se répéter et entraîner l'issue fatale (obs. n° 3, 8).

Sur cinq cas opérés d'amibiase pure : trois ont guéri (obs. n^{os} 3, 4, 6 : dans cette dernière, on n'avait pas ouvert l'abcès). Trois cas d'amibiase isolés sont morts (obs. n^{es} 8, 10, 11).

Quelle contraste avec la rapidité, l'innocuité, de la guérison complète par le chlorhydrate d'émétine !

Le D. de l'amibiase pulmonaire peut et doit être porté avant que le traitement chirurgical ne soit indiqué. Ce traitement devant être réservé aux seuls cas d'amibiase pulmonaire « négligés », méconnus : ceux ayant eu le temps de s'infecter secondairement, ou d'acquérir un volume tel que leur évacuation spontanée ne puisse s'effectuer complètement, après stérilisation de l'amibe par l'émétine.

Observations

A. — Amibiase pulmonaires pure, sans abcès du foie

OBSERVATION N° 1

BERTRAND et FONTAN. — *Madras Quaterly Med. Journal* (Madras 1841). — Obs. publiées sous le n° LXV dans le *Traité de l'Hépatite suppurée*.

Dysenterie ancienne.

Expectoration rouge brique.

Poumon droit adhérent à sa base creusée d'un gros abcès.

Foie ramolli dans la partie correspondante mais sans hépatite suppurée.

OBSERVATION N° 2

JOSSERAND. — *Abcès dysentérique tardif du poumon sans abcès du foie* (In *Thèse Lafferrère : Abcès dysentériques tardifs du poumon et du foie*. Lyon, 1900).

J. B..., 29 ans. Dysenterie en 1895, en Algérie, ayant duré un mois et demi, avec hépatite aiguë.

Janvier 1898. — Toux, expectoration muco-purulente.

Mars 1898. — Vomique.

8 août 1898. — Hospitalisé à l'Hôpital Saint-Pothin de Lyon dans une salle de tuberculeux.

Foie normal.

Poumons : rien aux sommets ; aux deux bases : quelques sous-crépitaunts.

Expectoration abondante, rougeâtre comme peut en donner le mélange intime de pus et de sang, pas de bacilles de Koch, pas de tissu hépatique.

10 octobre 1898. — Apparition de signes physiques au poumon gauche, zone de matité à la base, signes amphoriques ; timbre creux de la toux et de la voix, tintement métallique avec diminution du murmure vésiculaire. Toux quinteuse une fois par jour pendant laquelle le malade vomit à flots un plein crachoir de pus chocolat.

14 novembre 1898. — Amélioration et sortie de l'hôpital.

24 novembre 1898. — Rentre à l'hôpital : cachectique, en proie à une forte dyspnée, bruits amphoriques intenses.

Diarrhée dysentérique.

9 décembre 1898. — Intervention : on trouve une poche pleurale communiquant avec les bronches.

12 décembre 1898 : Mort.

AUTOPSIE

Poumon gauche. — L'abcès pleural est vidé, une fistule fait communiquer la plèvre avec une cavité intra-pulmonaire à paroi anfractueuse, où les vaisseaux sont pour ainsi dire disséqués et paraissent prêts de se rompre. Autour : coque scléreuse. Cette cavité est le siège primitif d'un abcès pulmonaire rompu dans la plèvre les jours précédant la rentrée du malade à l'hôpital (fin novembre).

Foie. — Présente des bandes cicatricielles étoilées.

Entre foie et diaphragme, bien séparés du foie dont la capsule est saine, on trouve une cueillerée à café de pus crémeux.

Ulcérations intestinales.

OBSERVATION N° 3

NATTAN-LARRIER. — *Un cas d'abcès pulmonaire d'origine dysentérique.* — *Revue de Médecine et d'Hygiène Tropicale*, 1906, n° 4.

Rapport du Professeur Tuffier sur ce cas opéré par Marion à la Société de Chirurgie du 5 février 1908.

M. X... a eu accès de paludisme et dysenterie à Madagascar.

Mars 1906. — Au Congo : point de côté à la base droite, toux, légères hémoptysies, amaigrissement, fièvre légère vespérale.

On porte le diagnostic de tuberculose.

Juin 1906. — Les hémoptysies se répètent, deviennent de plus en plus abondantes, puis chaque jour le malade crache deux cents grammes de pus chocolat.

Octobre 1906. — Les accidents précédents ont persisté.

Cachexie extrême.

Examen par M. Marion : il existe à la base droite du thorax une légère voussure, un peu d'œdème, une zone de matité avec abolition du murmure vésiculaire et quelques frottements. En bas, la zone mate se confond avec la matité hépatique.

Le foie est abaissé, mais indolore.

Radiographie. — Pénombre à la base du poumon droit, pas d'élévation du diaphragme.

L'expectoration est toujours abondante (250 grammes par jour). C'est un liquide épais, brun rougeâtre. Au repos, il se divise en trois couches : une supérieure, mousseuse, rosée ; une moyenne : liquide, claire, sirop de groseilles ; une inférieure épaisse, gris rougeâtre formée de caillots. Pas trace de tissu spécial pouvant indiquer l'origine du pus. *Nombreuses amibes*, pas de microbes (cultures stériles).

Sang. Leucocytose polynucléaire.

A cause de l'histoire du malade, on pense à un abcès d'origine dysentérique. A cause de la vomique, à un abcès du foie ouvert dans les bronches.

16 octobre 1906. — *Intervention* : Foie normal, aucune adhérence du foie au diaphragme.

La base du poumon droit adhère au diaphragme et renferme une cavité du volume d'une orange contenant seulement une minime quantité de pus semblable à celui de la vomique, avec amibes.

Dans la suite : chute brusque de la température, l'expectoration se tarit. Au bout d'un mois, le malade quitte l'hôpital, guéri.

OBSERVATION N° 4

NATTAN-LARRIER. — *Un nouveau cas d'abcès du poumon d'origine dysentérique. — Revue de Médecine et d'Hygiène tropicale, 1907, n° 2.*

M. X..., 27 ans, est à Saïgon depuis 13 mois quand, le 9 août 1894, éclate une crise de dysenterie qui s'atténue le 22 août. A ce moment, une fièvre élevée persiste encore ; le 30 août, se montre un violent point de côté dans la fosse sous-épineuse droite avec élancements que la morphine n'arrive pas à calmer. La fièvre persiste encore, élevée, mais il n'y a plus aucun symptôme intestinal. Le foie n'est ni gros, ni douloureux ; cependant, on porte le diagnostic d'abcès du foie.

Vers le 15 septembre survient une toux quinteuse et persistante, le soir un crachat brunâtre, chocolat ; toute la nuit suivante, des crachats de même aspect se succèdent. Le lendemain : la fièvre est moins élevée. Les quinze jours suivants : le malade rejette toujours des crachats brunâtres.

En octobre. — L'état paraît si grave qu'on rapatrie le malade. Pendant la traversée : la fièvre disparaît. Toujours quatre à cinq crachats brunâtres par jour. Cette amélioration ne persiste pas. La fièvre s'élève de nouveau. L'expectoration fractionnée est remplacée par des vomiques quotidiennes dont le

volume dépasse souvent cinq cents grammes. A plusieurs reprises se produisent de fortes hémoptysies.

16 avril. — Comme il n'y a aucun signe d'abcès du foie, on pose le diagnostic d'abcès du poumon et on intervient sur le poumon. L'opération chirurgicale donne issue à un litre de pus. Les jours suivants : amélioration qui ne se maintient pas, le drainage se fait mal. On dilate le trajet opératoire. Cependant la plaie reste fistuleuse, la suppuration persiste, si abondante qu'il faut changer le pansement deux fois par jour.

Novembre 1895. — La suppuration a persisté ; le drainage se fait mal, les vomiques réapparaissent ; deux ou trois fois par mois surviennent des hémoptysies tantôt minimales, tantôt abondantes.

Janvier 1896. — Il se produit des infections secondaires : le pus prend une odeur fétide, la température s'élève.

Mai 1896. — Le malade est en pleine cachexie. Toujours suppuration abondante.

Nouvelle intervention.

Dans la suite : cicatrisation rapide et guérison complète.

Au cours de la discussion, Tissier déclare avoir vu un cas semblable en Chine. Il n'y avait pas d'abcès du foie.

Nattan-Larrier : « Quand se produisent, après une dysenterie : une violente douleur dans l'aisselle droite suivie de toux, quand d'abondantes vomiques surviennent, si le foie n'est ni gros, ni douloureux, si le dôme diaphragmatique n'est pas soulevé : il faut porter l'intervention sur le poumon ».

OBSERVATION N° 5

Loison. — A propos d'Abcès du Poumon chez les Dysentériques Coloniaux. — Bulletin de la Société de Chirurgie du 12 février 1908. — Obs. n° 3 : Abcès du poumon sans abcès du foie.

X..., soldat, ayant six ans et demie de colonies, attrape la

dysenterie au Tonkin en janvier 1901. En janvier 1903, il est rapatrié pour une « congestion du foie ».

Le 23 avril 1903. — Il entre à l'hôpital de Marseille. Il est anémié, émacié, il ne tousse pas, ne crache que quelques mucosités sanguinolentes.

Il existe à la base droite une zone de matité se confondant en bas avec celle du foie et remontant en avant : jusqu'au mamelon ; en arrière jusqu'à la pointe de l'omoplate. La matité hépatique ne déborde pas les fausses côtes. A l'auscultation de l'aisselle droite on entend un souffle expiratoire lointain. Le malade accuse une douleur localisée en dedans et sous le mamelon droit. Il existe une fièvre peu élevée.

9 mai 1903. — Une ponction de la plèvre sur la ligne axillaire donne issue à un liquide séro-purulent.

11 mai 1903. — On porte le diagnostic d'abcès du foie avec retentissement pleuro-pulmonaire.

Intervention chirurgicale. A l'exploration de la cavité thoracique, on sent le lobe inférieur du poumon droit ligneux.

Le foie montre à la palpation à travers le diaphragme une rénitence normale. Des adhérences entre le poumon et le diaphragme sont impossibles à rompre pour voir s'il y a communication entre des cavités pulmonaire et hépatique. Hanté par l'idée d'un abcès du foie, on ponctionne cet organe à travers le diaphragme : pas de pus.

Après l'opération : dyspnée, hémoptysie de trois cents grammes de sang pur.

12 Mai 1903. — Température oscillante entre 37° et 39° pouls de plus en plus faible.

Le malade est secoué jour et nuit par une toux sèche.

A la base droite persiste à partir de l'épine de l'omoplate de la matité, à l'auscultation on entend dans cette zone quelques râles après la toux.

17 mai. — Sensation d'étouffement et mort.

AUTOPSIE

Tout le lobe inférieur du poumon droit est occupé par un abcès gros par les deux poings contenant un pus glaireux avec des fragments de tissu pulmonaire sphacelés. Pas de communication avec une bronche importante.

Foie. — Pas d'abcès.

OBSERVATION N° 6

FOUCAUD et SEGUIN. — *Abcès pulmonaire d'origine dysentérique. — Considérations thérapeutiques. — Archives de Médecine navale, 1910. —° Obs. III : Abcès pulmonaire sans abcès du foie.*

G..., contracte le paludisme au Sénégal où il est depuis cinq ans. En septembre 1909 : crise de dysenterie durant un mois; il est rapatrié le 1^{er} novembre 1909 ; au cours du voyage, légère rechute de dysenterie durant quinze jours.

20 novembre 1909. — Entre à l'hôpital d'Angoulême, se plaignant d'une douleur à l'hypocondre droit et d'une toux sèche. Température : 39° le soir pendant quinze jours.

11 décembre 1909. — Il sort de l'hôpital.

Chez lui, le point de côté reparaît, mais localisé cette fois au mainelon droit, lancinant, exagéré par les mouvements respiratoires. La diarrhée qui a persisté jusqu'alors, cesse à ce moment.

26 janvier 1910. — Il crache pour la première fois et il expectore des crachats sanguinolents plus abondants la nuit et dans le décubitus dorsal. L'expectoration sanglante dure quinze jours, puis les crachats deviennent clairs tout en restant abondants.

1^{er} mars 1910. — L'expectoration redevient sanglante, pénible, abondante.

3 avril 1910. — Le malade à un facies terreux, extrêmement

amaigri, il remplit un demi crachoir d'une expectoration rouge brique, on n'y trouve pas de bacilles de Koch, ni d'amibes. Pas de *pigments biliaires*.

A l'examen physique : En avant, sous le mamelon droit, zone submate ; en arrière : à partir de l'angle inférieur de l'omoplate droite, zone de matité au niveau de laquelle le murmure vésiculaire est aboli. Sur la ligne axillaire postérieure, on entend des crépitations sourdes ; il existe un point douloureux à la pression, dans le huitième espace sur la ligne axillaire antérieure. Aucune modification physique du foie, indolore, même à la palpation profonde.

7 avril 1910. — Radioscopie : A la base du poumon, zone d'ombre sans limites précises avec effacement du sinus costo-diaphragmatique. La température oscille entre 37°6 et 38°3.

9 avril 1910. — On porte le diagnostic d'abcès pulmonaire sans abcès du foie.

Opération. — Le poumon, recouvert de la plèvre viscérale, glisse normalement sous la plèvre pariétale ; il n'y a pas d'adhérences pleurales. On referme la paroi.

Les jours suivants, l'expectoration toujours abondante, hémorragique, ne se modifie que lentement ; ce n'est que plus d'un mois après que le caractère sanglant diminue. L'expectoration devient chocolat, puis café au lait, puis muco-purulente ; enfin simplement muqueuse, d'un blanc jaunâtre. Elle finit par disparaître ainsi que la fièvre.

Le surlendemain de l'opération : était survenue une poussée aiguë de rectite dysentérique. Signalons la formation d'un épanchement pleural passager en mai.

Amélioration progressive. Le malade sort guéri le 4 juin 1910.

A remarquer qu'un simple affaissement de la paroi thoracique à suffi à l'améliorer, cette paroi était devenue rapidement rigide par néo-formation osseuse.

OBSERVATION N° 7

L. RAMOND, DENOYELLÉ et LAUTMAN. — *Bull. de la Soc. Méd. des Hôpitaux, Séance de mai 1923.* — « Un cas d'amibiase pulmonaire pure, sans abcès du foie. »

M. S..., industriel à Casablanca (Maroc), entre dans le service Vigla, le 10 juin 1922, parce qu'il crache du sang depuis cinq jours.

Effectivement, au moment où on l'examine, quelques heures après son admission, son crachoir contient déjà une centaine de grammes d'une expectoration sanglante bien particulière, constituée par une masse glaireuse, au milieu de laquelle on distingue d'assez gros crachats purulents, gris verdâtres, mêlés de nombreuses stries de sang rouge vif. L'ensemble est nettement hémorragique ; l'aspect est celui de fraises écrasées dans de la crème, avec prédominance des fraises sur la crème. Ces crachats n'exhalent aucune odeur.

M. S... est un homme de 32 ans, robuste, bien musclé, au teint basané. Il n'est nullement amaigri. Il se sent si peu malade qu'il est venu à pieds à la maison Dubois. Il n'éprouve en effet aucune fatigue ; il n'a pas de fièvre ; il n'est pas oppressé. Il souffre seulement, et très légèrement, d'un point de côté droit. En réalité, une seule chose l'inquiète : son hémoptysie ; sans cela, il continuerait à vaquer à ses occupations.

Il n'a aucune peine à raconter son histoire, qui est la suivante :

Tous ses malheurs datent, à son avis, d'un voyage en avion qu'il a effectué il y a un mois — le 8 mai — de Casablanca à Montpellier. Il croit avoir pris froid au cours du vol. Les premières manifestations morbides ne datent pourtant que du 12 mai. Ce jour-là, dans la soirée, il est pris d'un très violent point de côté à droite ; il est obligé de s'aliter. Sous l'influence du repos, des ventouses et d'une potion, une amélioration

nette des douleurs se produit en trois jours, sans qu'à aucun moment, il n'y ait eu de la fièvre ni de la toux.

Le 16 mai. — Malgré la persistance de quelques élancements dans le côté droit, il se décide à continuer son voyage, mais par chemin de fer. Il arrive à Paris, et pendant quinze jours, il s'occupe activement de ses affaires.

Le 2 juin. — Il est à Lille. Vers minuit, il est réveillé par une douleur atroce à la base de l'hémi-thorax droit au voisinage de l'angle inférieur de l'omoplate. Pour la première fois, il est pris d'une toux fréquente, quinteuse, absolument sèche. Cette toux retentit péniblement sur son point de côté. Il n'a ni fièvre, ni dyspnée. Un médecin appelé le lendemain *parle de pleurésie* et conseille le repos au lit et la révulsion.

Le 5 juin. — L'état reste le même, mais dans la matinée M. S... rejette quelques crachats sanglants. D'après lui, il s'agissait alors de sang pur, aéré et mousseux, différent de celui qu'il crache actuellement. Dans la journée, il n'expectore qu'une dizaine de ces crachats, un par un, à assez longs intervalles.

Le 6 juin. — L'hémoptysie est plus abondante, et le malade s'en effraie. Ne se sentant aucun malaise, n'ayant pas de fièvre, sa douleur thoracique étant très atténuée, il n'hésite pas : il prend le train pour Paris, convaincu d'être mieux soigné dans la capitale. Pendant le voyage, il emplit deux mouchoirs de crachats très épais, visqueux, glaireux, mélangés de sang.

Il consulte dès son arrivée. On lui fait subir un examen radioscopique. On lui dit ensuite qu'il a une poche de pus à la base du poumon droit et qu'il va sans doute falloir l'opérer.

C'est alors qu'il se décide à entrer à la maison Dubois. A l'examen : le thorax apparaît comme légèrement aplati ; mais c'est là une déformation d'ancienne date, déterminée, comme une légère cypho-scoliose cervico-dorsale, par une crise de rhumatisme subaiguë survenue en 1916.

La percussion révèle à la base droite l'existence d'une matité franche, qui s'arrête nettement et en haut en arrière à deux

travers de doigt de la pointe de l'omoplate. En avant et dans l'aisselle, cette matité a des limites moins bien tranchées et se confond avec celle du foie.

A la palpation : les vibrations vocales ne sont point modifiées.

L'auscultation permet d'entendre en arrière, au niveau de la zone mate un murmure vésiculaire très affaibli et des bouffées de râles humides, très fins, mêlés de quelques frottements pleuraux — perceptibles les uns et les autres, surtout après la toux.

Partout ailleurs, l'examen du poumon droit ne décelé aucun signe anormal.

Le poumon gauche est parfaitement sain.

Les autres appareils : digestif, cardio-vasculaire, urinaire, le système nerveux sont parfaitement normaux. En particulier, le foie n'est ni hypertrophié, ni douloureux, la rate n'est pas accessible à la percussion.

Il n'y a pas de fièvre ($37^{\circ}4$), le pouls est bien frappé, régulier à 84. Les urines, abondantes, ne contiennent ni sucre ni albumine.

En présence d'un tel tableau morbide, le diagnostic étiologique restant provisoirement en suspens, la thérapeutique est tout d'abord et jusqu'à plus ample informé exclusivement symptomatique et dirigée contre l'hémoptysie.

Le lendemain 11 juin : le malade est fatigué ; il a beaucoup toussé. Son crachoir contient 300 grammes environ du même mélange sanguino-purulent que la veille. Sa température est à $37^{\circ}7$; l'examen physique ne diffère pas de ce qu'il était vingt-quatre heures plus tôt.

Les crachats sont examinés au laboratoire : ils ne renferment pas de bacilles de Koch. Ils sont d'ailleurs remarquablement amicrobiens et ne contiennent guère que des éléments cellulaires : leucocytes plus ou moins altérés et hématies sur un fond granuleux et hyalin.

Le 12 juin. — La situation n'a pas changé. On pratique un examen radioscopique :

Dans la station verticale, en position antérieure, on voit une ombre très opaque à la base droite. Cette ombre occupe toute la partie inférieure du poumon : en haut, elle remonte en arrière à la huitième côte ; sa limite supérieure est nettement tracée, en forme de coupole arrondie, concave en bas — avec un bord externe plus long que l'interne.

En bas, elle repose sur le diaphragme qui reste cependant très mobile ; elle efface complètement le sinus costo-diaphragmatique. En dehors : elle atteint la paroi thoracique, tandis qu'en dedans elle reste franchement séparée de l'ombre cardiaque par une bande claire (Fig. I).



FIG. I



FIG. II

FIG. I. — Vue en position frontale antérieure, le malade étant debout.
FIG. II. — Vue en position antérieure, le malade étant dans le décubitus dorsal. (*Bull. de la Soc. Méd. des Hôp.* du 10 mai 1923).

En vue postérieure : l'opacité est aussi nette. Ses rapports avec le sinus casto-diaphragmatique, le diaphragme, la cage thoracique sont les mêmes. Mais par suite de la disparition de son bord interne, elle affecte une forme triangulaire, son bord supérieur, rectiligne s'étendant depuis la paroi axillaire jusqu'à quelques centimètres de l'angle phréno-péricardique.

Dans la position couchée : l'image est très différente ; en vue antérieure, la zone opaque apparaît comme une sphère nettement arrondie de quatre centimètres environ de diamètre, qui se détache complètement du diaphragme à la fin de l'inspiration (Fig. II).

C'est à la suite de ces examens que la présence dans le poumon d'une collection suppurée étant avérée, l'hypothèse d'abcès dysentérique du poumon nous vient à l'esprit en raison des antécédents du sujet.

Français d'origine, cet homme s'est en effet installé au Maroc en 1913. Il a été mobilisé à Marrakech en 1914. En 1916, il a été atteint de paludisme, puis de douleurs rachidiennes étiquetées « rhumatisme vertébral » ; de là dateraient ses légères déformations rachidiennes et thoraciques.

En novembre 1919, à Fez, il a eu une dysenterie amibienne typique avec constatation microscopique des amibes dysentériques dans les selles. Il a été guéri par l'émétine en trois semaines.

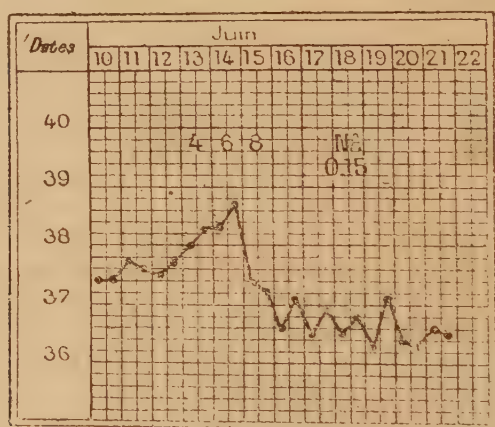


FIG. III

Courbe de température (*Bull. de la Soc. Méd. des Hôp.* du 10 mai 1923).

Cependant, depuis lors, son intestin fonctionne mal, il a de l'entérite, dit-il. A deux reprises, en septembre 1921, et en février 1922, il a eu deux crises dysentériques avec épreintes, ténésme, selles glaireuses, sanglantes. L'une et l'autre ont guéri sans émétine.

Pour faire la preuve parasitologique de l'amibiase dont cet

l'homme paraît atteint cliniquement, nous recherchons alors les amibes ou leurs kystes dans les selles. Nous recherchons les amibes dans les crachats. Tous les examens donnent un résultat négatif.

Cependant, dès le lendemain, 13 juin, nous instituons un traitement d'épreuve par l'émétine, quatre centigrammes de chlorhydrate d'émétine sont injectés sous la peau.

A ce moment, la température s'est élevée à 38°.

L'expectoration est toujours aussi purulente et aussi sanglante, entre 300 et 400 grammes par 24 heures.

Le 14 juin. — La fièvre a continué sa progression : elle atteint 38°4 depuis la veille au soir. Le malade se sent très fatigué, il a beaucoup toussé toute la nuit, les crachats sont toutefois beaucoup moins abondants et moins rouges que les jours précédents. On injecte six centigrammes d'émétine.

Le 15 juin. — La température qui s'était élevée jusqu'à 38°8 dans la soirée du 14, est tombée brusquement à 37°4 ; le malade accuse une grande sensation de mieux être. Il n'y a plus qu'une centaine de grammes de crachats à peine teintés de sang. La base droite est bien moins mate. On y entend encore cependant des frottements et des râles, mais seulement dans la région para-vertébrale. On injecte huit centigrammes d'émétine.

Le 16 juin, cet homme se déclare guéri. Il n'a presque pas toussé ; dans son crachoir, on ne voit qu'une dizaine de crachats purulents, épais, verdâtres, sans aucune trace de sang. Les signes physiques ne se sont pas modifiés.

Le 18 juin. — L'expectoration de toute la journée se résume en cinq crachats blanchâtres simplement muqueux.

Le 19 juin. — La guérison semble complète, la température est retombée à 36°3 ; l'état général est parfait ; les douleurs et la toux ont disparu ; l'expectoration est absolument tarie ; on n'entend plus aucun râle au foyer de la base droite. Pourtant à la radioscopie, en station verticale, l'opacité primitive persiste avec ses mêmes dimensions à la partie inférieure du

poumon droit ; son intensité, il est vrai, a considérablement diminué.

On pratique une injection intra-veineuse de quinze centigrammes de novarsenobenzol.

Le 22 juin. — M. S... qui paraît tout à fait bien portant, sort volontairement de la maison de santé, sans se soucier de continuer le traitement destiné à assurer sa cure définitive.

B. — Amibiase pulmonaire par voie sanguine avec abcès du foie

OBSERVATION N° 8

OPIE. — *Healed amoebic abscess of the Liver and amoebic abscess of the Lung.* — *John Hopkins Hospital Bull.* July, 1901.

Malade ayant eu la dysenterie il y a treize mois, ayant duré jusque il y a trois mois. Depuis six mois : douleur du côté droit et de l'épaule droite.

A son entrée : ictère, très gros foie. On intervient et on évacue un litre de pus amibien. Le drainage ne cesse qu'au bout de six semaines ; mais au *cinquième jour après l'opération*, de la toux, une expectoration muco-purulente progressivement croissante, des signes de condensation pulmonaire à la base droite conduisent à une *seconde intervention*, pratiquée deux mois après la première : après résection de la cinquième côte, on pénètre dans un abcès pulmonaire amibien.

Quatre jours après l'opération : hémorragie profuse.

Douze jours après : hémorragie nouvelle et mort.

AUTOPSIE

L'abcès du foie, qui, deux mois avant la mort, contenait un litre de pus, n'est plus représenté que par trois centimètres de tissu fibreux dense. *Poumon droit* : gros abcès occupant la moitié antérieure des lobes inférieur et moyen, à paroi irrégulière recouverte de matières nécrosées.

La plèvre adhère à la paroi thoracique. Dans le pus de l'abcès pulmonaire on trouve des *amibes vivantes*. Cicatrices du colon.

OBSERVATION N° 9

BUNTING. — *Haematogenes Amoebic abscess of the Lung.* — *Archiv. f. Schiffs und Tropen Hygien*, 1906, n° III.

Un nègre d'âge moyen meurt sans avoir pu donner d'autre renseignement que celui-ci : il a été laparotomisé et on a parlé de cancer du foie.

AUTOPSIE

Poumons. — Les lésions ont été décrites en détail au chapitre : Anatomie Pathologique.

Foie. — Gros abcès amibien, complètement entouré de tissu hépatique. Thrombose de la veine cave inférieure. Colite ulcé-rative amibienne.

OBSERVATION N° 10 .

RENAULT. — *Abcès pulmonaires consécutifs à des abcès hépatiques guéris. — Troubles oculo-pupillaires, obs. n° 1. — Ann. d'Hyg. et de Méd. Col., 1909.*

B. J..., 32 ans, a eu la dysenterie à Saïgon en février 1906, suivie d'un *abcès du foie ouvert* à Toulon dans la région épigastrique.

Septembre 1907. — Séjour de vingt-huit jours à l'hôpital pour congestion du foie.

Décembre. — *Un abcès du foie est opéré.* Le malade part en convalescence de trois mois le 19 février 1908, ayant un bon état général, gardant seulement un peu de matité et d'obscurité à la base du poumon droit.

19 mars 1908. — Il tousse, se plaint de douleurs entre les deux épaules, n'a pas de douleur au foie.

22 mars. — Crachats sanguinolents, il entre à l'hôpital d'Hyères ; les jours suivants : il crache de plus en plus des crachats chocolat ; il est secoué par des quintes de toux cinq ou six fois par jour ; il a de la fièvre.

4 avril. — Il entre à l'hôpital maritime de Marseille, très amaigri, avec le diagnostic : *abcès du foie se vidant par la voie pulmonaire.* On constate de la matité à la base du poumon droit en arrière et sur les deux tiers inférieurs de la paroi thoracique en avant. A l'auscultation : en avant, respiration soufflante ; en arrière, tout à la base, respiration obscure ; audessus, frottements et rales nombreux.

Le foie déborde d'un doigt les fausses côtes et arrive en haut à deux doigts du mamelon.

Point douloureux à la pression au sixième espace, en avant et latéralement.

19 avril. — Respiration de plus en plus gênée ; point de côté violent, fièvre plus élevée.

20 avril. — Après trois ponctions négatives, une quatrième

pratiquée sur la ligne axillaire postérieure au-dessus de la huitième côte donne un pus rougeâtre, d'aspect hépatique ; on a eu la sensation de traverser une couche scléreuse épaisse.

A l'ouverture de l'abcès : un litre et plus de pus épais, jaune rougeâtre donnant l'illusion de bile mêlée à du liquide sanguinolent.

21 avril. — Suppuration abondante.

Les jours suivants on note le syndrome oculaire de Claude Bernard-Horner au grand complet (paralyse du grand sympathique).

22 avril et les jours suivants. — Les signes de suppuration augmentent, l'amaigrissement continue, la dyspnée est intense, le pouls est à 120, la dysenterie reparaît, ne cède pas au traitement, une escarre sacrée survient.

4 mai. — Mort.

AUTOPSIE

Foie hypertrophié ; on ne constate que des vestiges fibreux des deux anciens abcès ; il n'y a pas de nouvel abcès ; on ne constate pas d'adhérences entre foie et diaphragme, pas de solution de continuité du diaphragme, pas de cicatrice pouvant faire supposer une communication récente ou ancienne d'une collection pulmonaire avec un abcès du foie.

Poumon droit. — Vaste abcès comprenant les lobes inférieur et moyen, des dimensions d'une tête fœtale. Il est entouré d'une coque épaisse, scléreuse, formée par les plèvres épaissies et adhérentes et limitée par : en haut, la plèvre interlobaire entre lobes supérieur et moyen ; en dedans, la plèvre médiastine ; en bas, la plèvre diaphragmatique et le diaphragme. Au milieu de cette coque, on trouve un tissu gangréné mêlé à du pus rougeâtre lie-de-vin. En haut : une bronche de gros calibre communique avec l'abcès, le lobe supérieur est refoulé par l'abcès.

Pour l'auteur, l'intérêt de cette observation réside dans le

fait suivant : il s'agit d'un abcès pulmonaire consécutif à deux abcès du foie guéris.

OBSERVATION N° II

RENAULT. — *Abcès pulmonaire droit après guérison d'un abcès du foie. — Troubles oculo-pupillaires. — Obs. n° 2. Annales de Méd. et d'Hyg. Color, 1909.*

X. A..., 37 ans, a eu la dysenterie au Sénégal. Paludisme, alcoolisme.

En 1906. — Hépatite aiguë : en 1907 : opération d'un abcès du foie ; le malade est guéri en juillet 1907.

En août 1907. — Douleurs : au foie, à l'épaule, à la région calviculaire. Quelques jours après : vomiques chocolat et par instant sanguinolentes, d'odeur putride. La fièvre qui n'avait pas encore apparu atteint 38°5. Aux rayons X : pas d'abcès du foie, mais abcès de la plèvre droite, origine de la vomique. La vomique cesse peu à peu remplacée par une expectoration de moins en moins purulente pour devenir rouge groseille, puis muqueuse.

Jusqu'en mars 1908, de nouvelles vomiques se produisent, puis l'expectoration cesse.

Dans la nuit du 8 mars 1908 : douleur pongitive du côté droit, oppression, précédant une nouvelle vomique. Température : 38°5.

Les jours suivants : expectoration muco-purulente, la fièvre disparaît. A l'examen de l'hémithorax droit : signes de grande cavité hydroaérique. Dans la moitié supérieure du thorax : tympanisme, souffle amphorique. Dans la moitié supérieure : matité et abolition des vibrations.

Le 27 mars, l'expectoration diminue, la température est à 39° ; le point de côté réapparaît précédant une vomique d'un demi-litre ; les jours suivants : la fièvre, l'oppression se main-

tiennent ; l'expectoration est de plus en plus abondante, le malade accuse une douleur au mamelon droit, s'irradiant dans le sommet de l'aisselle droite, les signes de pneumothorax persistent.

Des signes oculaires apparaissent : Protusion de l'œil, élargissement de la fente palpébrale (signes d'irritation sympathique).

30 mai. — Etat général de plus en plus mauvais. *Intervention* : large abcès pulmonaire communiquant avec une grosse bronche, d'où s'écoule un flot de pus.

Après l'opération ; suppuration abondante, température 39°, diarrhée, épuisement, mort le 14 juin.

AUTOPSIE

Vaste abcès pulmonaire occupant les lobes moyen et inférieur droit ; le lobe supérieur commence à s'abcéder. La face supérieure du foie ne peut être séparée du diaphragme. Dans le foie : cicatrice de l'abcès opéré en 1906.

OBSERVATION N° 12

J. SIMONIN. — *Abcès multiples et indépendants du Foie et du Poumon, secondaires à une dysenterie contractée au Maroc.*
— *Bull. de la Société Médicale des Hôpitaux*, 19 juin 1914.

Bas. V..., soldat colonial, 22 ans, a, en mai 1911, au Maroc, une crise de paludisme.

En septembre 1911, il est atteint de dysenterie amibienne subaiguë.

En fin novembre. — Légère hépatite.

20 janvier 1912. — Deuxième crise d'hépatite ayant duré huit jours.

5 février. — Troisième crise d'hépatite accompagnée d'une

hémoglobinurie ayant duré trois jours et d'accès de fièvre à grandes oscillations.

28 février. — Apyrexie, anémie.

Le malade part en convalescence de trois mois ; pendant celle-ci il présente encore des accès fébriles.

3 juin. — Nouvelle hospitalisation, le malade, très anémié, très amaigri, présente un gros foie douloureux, une grosse rate douloureuse, avec violents accès fébriles septicémiques ne cédant pas à la quinine.

Pas d'hématozoaires dans le sang. Polynucléose.

A la radioscopie : rien d'anormal au thorax.

16 juin. — Au cours d'un grand accès fébrile : des symptômes pulmonaires apparaissent : toux, expectorations purulentes et sanglantes.

19 juin. — Le foie et la rate ont diminué de volume.

1^{er} juillet. — On trouve quelques râles muqueux dans un foyer très limité au tiers inférieur du poumon droit.

3 juillet. — Mort après un accès de dyspnée terrible.

AUTOPSIE

Foie. — Pèse 3 kilogrammes 350 ; est très volumineux, son dôme adhère dans une zone limitée et faiblement au diaphragme.

Au centre du lobe droit : premier abcès gros comme une mandarine, contenant une faible quantité de pus visqueux, glaireux, sanieux jaune brun, entouré d'une coque scléreuse, épaisse, fibroïde.

Un peu au-dessous et en arrière, presque au contact du diaphragme : second abcès gros comme une petite noisette vide dont la paroi est comme barbouillée d'une faible quantité de pus visqueux et sanieux. Cette paroi est formée d'un tissu dur, tassé.

Un troisième abcès dans la partie antérieure du lobe droit : également vide et entouré d'une coque épaisse.

Poumon droit. — Deux zones rondes, grandes chacune

comme une pièce de un franc, sont en voie de fonte purulente. Celle du lobe moyen est entourée d'une paroi dure limitant une véritable cavité. Le pus a des caractères analogues à celui des abcès du foie.

Rate grosse, cœur distendu, thrombose de l'artère pulmonaire. Reins gros et pâles.

Cicatrices d'ulcérations au gros intestin.

L'examen du pus hépatique ne révèle pas d'amibes, la culture donne naissance à des colonies maigres de staphylocoque blanc.

Le pus de l'abcès pulmonaire inférieur contient de rares amibes et quelques staphylocoques.

Pour l'auteur la grosse rate, les accès fébriles, l'hémoglobinurie sont dûs à l'amibiase pulmonaire, hépatique, intestinale. L'amibiase pulmonaire a compliqué tardivement l'hépatite suppurée, mais à distance et par une voie difficile à préciser. Voie lymphatique ? ou voie veineuse ?

La minime vomique purulente du 16 juin s'explique par l'ouverture de l'abcès du lobe moyen dans une bronche.

C. — Abcès du foie. Propagation au poumon par voie lymphatique et sanguine

OBSERVATION N° 13

MURCHISON. — *Maladie du Foie* 1878. — *Rapportée dans la thèse Laferrère, Lyon, 1900.*

Malade âgé de 34 ans ; a eu autrefois la dysenterie aux Indes.
A son entrée : dyspnée, toux, expectoration purulente.
Fièvre hectique, émaciation.

Foie gros et douloureux.

Signe d'épanchement péritonéal.

Mort 9 jours après son entrée à l'hôpital.

AUTOPSIE

Foie. — Adhère au diaphragme.

À la partie supérieure du lobe droit : abcès gros comme une noix, ayant perforé le diaphragme et limité en haut par la base du poumon droit qui lui forme une capsule dense. Le pus est jaune avec de gros flocons fibrineux. Dans le lobe inférieur du poumon droit : abcès du volume d'une orange, distinct du précédent ; le pus est rougeâtre. Colons : tuniques épaisses, pas de cicatrices ni d'ulcérations récentes.

Conclusions de l'auteur : Inoculation du poumon à distance par les lymphatiques.

OBSERVATION N° 14

LOISON. — *Revue de Chirurgie*, 1906, page 543.

B..., 40 ans, rapatrié de Madagascar, a été opéré trois fois d'abcès du foie, pour la dernière fois le 15 janvier 1902, d'un abcès hépato-pleural siégeant en avant.

Le 4 février 1902. — Pleurésie séreuse abondante, limitée au cul de sac postérieur de la plèvre, évacuée chirurgicalement. Le malade se cachectise, crache une expectoration purulente spumeuse.

15 février. — Mort.

AUTOPSIE

Abcès du foie complètement cicatrisé ; la face supérieure du foie adhère au diaphragme devenu lardacé.

Le lobe pulmonaire inférieur droit, dur, hépatisé, contient un abcès pulmonaire du volume d'une grosse orange commu-

niquant avec une grosse bronche remplie de pus glaireux, d'odeur gangréneuse.

Le lobe inférieur forme un rideau adhérent au diaphragme et à la paroi externe du thorax et séparant la cavité pleurale en une partie antérieure siège du foyer purulent drainé, et en une partie postérieure siège de l'épanchement séreux.

L'auteur a songé à un abcès du poumon mais n'a pu le localiser.

OBSERVATION N° 15

LOISON. — *Bulletin de la Société de Chirurgie du 12 février 1908* : A propos d'abcès pulmonaire chez les dysentériques. Obs. II.

C... est opéré d'un abcès du foie le 25 juillet 1903.

6 août. — Le malade tousse sans cracher.

Des râles humides, puis une abolition du murmure vésiculaire apparaissent dans une zone de sub-matité siégeant sous l'angle de l'omoplate.

Le malade s'affaiblit de plus en plus et meurt le 25 août.

AUTOPSIE

L'abcès du foie incisé est réduit aux dimensions d'un œuf de poule ; un deuxième abcès du foie est bien séparé du premier.

Le lobe inférieur du poumon droit adhère à la paroi thoracique en arrière et est intimement soudé au diaphragme en bas ; dans ce lobe, on trouve un abcès gros comme une tête de fœtus, renfermant un pus mucoïde, jaune grisâtre, avec des écheveaux de tissu cellulaire en suspension. Ce foyer semble bien clos et ne communique avec aucune bronche importante. Le diaphragme présente une perforation de quatre centimètres de diamètre, par où le pus vient au contact d'une petite surface érodée du bord supérieur du foie.

L'auteur pense que le pus pulmonaire sous tension a érodé le foie — ou bien un petit abcès du foie s'est collecté dans le poumon. Dans le premier cas, l'abcès pulmonaire est secondaire à un abcès du foie et propagation s'étant faite par contiguïté à travers le diaphragme enflammé unissant les deux organes.

DE KERMORGANT. — En Nouvelle-Calédonie signale 3 fois la coexistence d'abcès du poumon et d'abcès du foie sans communication — sur 79 cas d'abcès du foie. — *Annales d'Hyg. et de Méd. Col.*, 1903.

D. — Abcès amibiens du Foie, du Poumon, du Cerveau **Abcès multiples**

OBSERVATION N° 16

H.-W. FÜLLER. — *Abcès du foie. — Abcès secondaire dans le cerveau et les poumons.* — *London Méd. Gazette*, T. IV, 1847.

Peintre, 25 ans. Entré à l'hôpital, le 29 mai 1846. Depuis cinq semaines : douleurs abdominales. Fièvre.

Le 28 mai. — Un abcès s'ouvre à l'ombilic.

Le 4 septembre. — Anxiété. Délire. La fièvre augmente. Le pus cesse de couler.

Le 30 octobre. — Mort.

AUTOPSIE

Innombrables petits abcès encéphaliques.

Foie. — Abcès du volume d'une orange au lobe droit, avec autour : plusieurs abcès plus petits.

Adhérences du foie au diaphragme.

Abcès du lobe inférieur du *poumon droit*.

Poumon gauche. — Congestion avec début d'abcès.

OBSERVATION N° 17

DUBUJADOUX. — *Archives de Médecine Militaire*, 1889. T. XIII.

B..., 25 ans. Dysenterie au Tonkin.

Le 24 novembre. — Plusieurs accès fébriles. Toux, point de côté droit. 38°1.

Il présente du 26 novembre au 11 décembre : des accès de fièvre irréguliers, puis réguliers (tierces) ; du subictère, un gros foie et une grosse rate.

A la base droite : une zone de matité avec frottements et râles.

Le 11 décembre. — Apyrexie. Amélioration.

Le 18 décembre. — Convulsions. Céphalée. Stupeur.

Le 28 décembre. — Coma et mort.

AUTOPSIE

Foie. — Deux énormes abcès.

Poumon droit. — Quatre abcès pyohémiques et superficiels au lobe supérieur. Un 5° au fond de la scissure interlobaire.

Plèvre droite. — A la partie postérieure de la plèvre diaphragmatique : exsudat fibrineux, mou, hémorragique.

Rate. — Peu volumineuse.

Cerveau. — Abcès de l'hémisphère droit.

Face antérieure du rein gauche. — Taches blanches purulentes.

Intestin. — Non vu.

OBSERVATION N° 18

POTHERAT. — *Abcès Amibien du Foie et du Poumon. — Métastase cérébrale ayant entraîné la mort. — Dysenterie nostras.* (Bull. de la Soc. de Chirurgie, février 1911).

Le 27 janvier 1910 entre à Bon-Secours un homme de 40 ans, avec le diagnostic probable de pleurésie purulente droite.

Amaigri, pâle, les traits tirés, convert de temps à autre de sueurs abondantes, il est en proie à une fièvre à grandes oscillations.

La ponction de la plèvre donne issue à un liquide citrin malgré l'évacuation du liquide, le foie descend très bas.

On pense donc à une pleurésie d'origine hépatique, causée probablement par un kyste hydatique vraisemblablement en voie de suppuration. A la radio, en effet, on voit une saillie en dôme du foie. Dans le sang : éosinophilie. Mais la réaction de Weinberg est négative. Il y a donc une collection mais de quelle nature ? On relève dans les antécédents du malade une diarrhée dysentérioriforme ayant duré trois semaines.

Les premiers jours de mars. — *Opération* : on trouve deux litres de pus dans le foie.

Les jours suivants. — Suppuration abondante de la plaie opératoire.° Diarrhée dysentérioriforme. Plusieurs examens de selles sont négatifs.

Les premiers jours d'avril. — M. le Professeur Brumpt, à plusieurs examens, trouve des amibes vivantes, abondantes, et l'inoculation au chat est positive. Le malade n'avait jamais quitté la France.

Traité par l'ipéca, l'état général s'améliore, la diarrhée cesse.

Le 1^{er} mai. — Toux quinteuse, fréquente, fatigante que rien n'explique ni ne calme.

Le 2 mai. — Abondante vomique, puis crachats purulents ; l'écoulement par les drains cesse vers le 10 mai ; mais le malade crache de plus en plus, a de la fièvre et s'affaiblit.

S'est-il produit un abcès pulmonaire isolé ou une effraction à travers le diaphragme de l'abcès du foie insuffisamment drainé ? C'est un point que l'auteur dit ne pouvoir préciser. La radio n'avait rien révélé aux poumons. Le pus de la vomique avait les caractères du pus hépatique, on y trouvait quelques amibes.

10 juillet. — Amélioration.

12 juillet. — Convulsions. Agraphie.

14 juillet. — Convulsions. Torpeur.

27 juillet. — Coma. Mort.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

OBSERVATION N° 19

COUTEAUD. — *Abcès du foie, du poumon, du cerveau.* — Bull. de l'Académie de Médecine, 1911.

Br. H..., 34 ans. Dysenterie en Extrême-Orient.

25 mai 1908. — Première hépatotomie.

26 septembre. — Deuxième hépatotomie. Il crachait du pus, du sang. Après opération : suppuration par les drains pendant trois mois.

5 mai 1909. — Signes nerveux d'abcès du cerveau.

5 juin. — Mort.

AUTOPSIE

Poumon droit. — Gros abcès du lobe inférieur.

D'autres cavités plus petites contiennent du tissu pulmonaire en voie de fonte purulente.

Poumon gauche. — Petits abcès en formation.

Cœur. — Valvule mitrale contient quelques noyaux cartilagineux.

Foie. — Cicatrices des abcès opérés.

Abcès du cerveau.

OBSERVATION N° 20

CHANTEMESSE et RODRIGÜEZ. — *In* Legrand : *Amibiase encéphalique*. — *Archives provinciales de chirurgie*, 1912.

Italien n'ayant jamais quitté l'Europe.

Entre au Bastion 29, avec le diagnostic de méningite cérébro-spinale.

Mars. — Diarrhée amibienne.

Etat général mauvais, signes cérébraux.

Bientôt : coma et mort.

AUTOPSIE

Enorme abcès du foie rompu dans l'abdomen, à pus stérile.

Innombrables petits abcès amibiens dans les deux poumons.

Pus amibien parotidien.

On ne peut ouvrir le crâne.

E. — Abcès Hépatopulmonaires

OBSERVATION N° 21

H. LEGRAND. — *Abcès amibiens de la Plèvre, du Poumon et du Cervelet sans Dysenterie clinique et sans abcès du Foie*. — *Bull. de l'Académie de Médecine*, 1920.

Malade de 42 ans. Entre en mars 1911 à l'hôpital d'Alexandrie avec le facies suppuratif, des signes cliniques et radiologiques d'abcès du foie. Leucocytose à 18.000.

Opéré à Athènes : pas d'abcès du foie.

Bon état général pendant un an, mais crachats continuels de sang et de pus.

Mars 1913. — Entre une nouvelle fois à l'hôpital d'Alexandrie avec : céphalée intense depuis 13 jours.

Mort en 24 heures dans le coma avec strabisme.

AUTOPSIE (Docteur Valassopoulo)

Foie. — Aucune trace d'abcès ancien ou actuel. Cependant, le lobe droit est fortement soudé au centre phrénique.

a) *Poumon droit.* — Loge pleuro-diaphragmatique sous la base du poumon, au-dessus de l'adhérence du foie au diaphragme, contenant une masse du volume d'un cerveau d'adulte, jaune grisâtre, ayant la consistance et l'apparence du mastic de vitrier. L'examen de ce magma en montre la nature résiduelle, analogue aux résidus caséux que l'on trouve dans le foie comme traces d'abcès n'ayant pas évolué. Il correspond à la période aiguë présentée il y a 2 ans. *Amibes.*

b) *Poumon gauche.* — Abscès du lobe supérieur, à caractères spéciaux. *Amibes.*

c) *Cervelet.* — Gros abcès du lobe gauche.

d) *Ampoule rectale.* — Quelques cicatrices et suffusions hémorragiques. *Amibes.*

OBSERVATION N° 22

LAFLEUR. — *Dysentery.* — *Abscess of liver.* — *Amoeba coli in sputum.* — *John Hopkins Hospital, Bull. Juin 1891.*

Un homme de 35 ans entre à l'hôpital présentant de la diarrhée, de la toux avec expectoration.

On fait le diagnostic d'abcès du foie communiquant avec le poumon droit.

AUTOPSIE

Poumon. — Abscès nettement délimité de 7 sur 6 c/m.

Foie. — Quelques petits abcès superficiels.

L'abcès pulmonaire communique avec un abcès du foie.

OBSERVATION N° 23

FONTAN. — *Migrations thoraciques des Abscès du Foie.* — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1900. Obs. IV.

Coussinet, soldat, 13 ans au Tonkin, au Sénégal. A eu dysenterie et paludisme.

5 octobre 1899. — Devant une expectoration^e purulente, quelquefois hémoptoïque, des signes de brôncho-pneumonie aux deux bases, on porte le diagnostic de pleuro-pneumonie double.

Le 4 novembre. — Gros foie douloureux.

Retour de dysenterie aiguë.

Vomiques chocolat sans bacilles de Koch.

On fait le diagnostic d'abcès du foie émigré dans les bronches.

9 Décembre. — Intervention : grand volet de Delorme. Un certain degré de pneumothorax se produit. On ne trouve pas d'abcès, on referme.

Dans la suite. — Un mois d'amélioration.

24 février 1900. — Douleur en arrière dans le 9^e espace.

Crachats hémoptoïques.

Mauvais état général, 39°.

25 février. — Vomique chocolat.

Deuxième intervention. — On ne trouve pas d'abcès. « Il doit siéger dans le lobe de Spiegel ».

2 mars. — Mort par péritonite suppurée.

AUTOPSIE

Foie. — Abscès du Spiegel gros comme une noix, à pus caséeux, entouré d'une coque résistante.

Un deuxième petit abcès au lobe droit.

Pas d'adhérences du foie au diaphragme.

Poumon droit : adhère au diaphragme. Abscès du lobe inférieur, gros comme une mandarine, clos, à pus épais, à parois

scéléreuses. Il se continue en dehors du poumon dans un épaississement du cul de sac pleural postérieur.

Pour l'auteur : abcès du poumon secondaire à rupture d'un abcès du foie, et s'étant isolé secondairement.

OBSERVATION N° 24

FOUCAULT. — Deux cas d'Abcès du poumon avec vomique, secondaires à un Abcès du Foie, et où l'Abcès du Foie est complètement cicatrisé. — *Archives de Médecine Navale*, 1908.

P... Henri, 26 ans. Dysenterie en Cochinchine en 1903. Entre le 5 octobre 1905 à l'hôpital.

Il a dès selles diarrhéiques et sanglantes.

Une expectoration abondante, liquide, où on trouve des crachats muco-purulents et sanguinolents.

Le 3 novembre. — L'expectoration devient hémoptoïque, épaisse, visqueuse, non aérée, constituée presque exclusivement de sang.

11 décembre 1905. — Il expectore une matière puriforme, rougeâtre, prend l'apparence d'un phtisique (fièvre vespérale, sueurs nocturnes), mais on ne trouve pas dans les crachats de bacilles de Koch.

Janvier 1906. — On trouve à la base droite une voussure, de la matité, une respiration faible, des râles fins, des frottements pleuraux.

Le foie affeure à peine le rebord costal.

On fait le diagnostic d'abcès du foie ouvert dans les bronches.

16 février. — Crachats purulents et chocolat.

11 avril. — Le foie descend sur la ligne médiane à deux centimètres de l'ombilique.

12 avril. — Sensation d'étouffement.

La nuit du 13 au 14. — Hémoptysie remplissant une demie cuvette. Mort.

AUTOPSIE

Plèvre et Poumon droit. — Une caverne occupe tout le lobe inférieur du poumon droit (d'une capacité de 800 cc.), limitée par une coque scléreuse, adhérence de la plèvre au diaphragme. Dans l'abcès : grande quantité de pus et de sang.

Foie. — Adhérences du foie au diaphragme, ayant à leur centre un tissu cicatriciel de 5 m/m d'épaisseur sur 5 c/m de diamètre.

Cicatrices d'ulcérations intestinales.

L'auteur : la coloration chocolat ne prouve pas l'origine hépatique d'une vomique ; la mort est due non à un abcès du foie, mais à un abcès du poumon ; il aurait fallu intervenir ici par la voie sus-diaphragmatique.

OBSERVATION N° 25

FOUCAULT. — Deux cas d'abcès pulmonaires avec vomique, secondaires à un abcès du foie et où l'abcès du foie est complètement cicatrisé. — Obs. n° II. — *Archives de Médecine Navale*, 1908.

De Sainte X..., 27 ans, 7 ans de service en Chine. Plusieurs séjours dans les hôpitaux pour congestion du foie. N'aurait jamais eu de dysenterie ou de paludisme.

Entre le 27 avril 1907 à l'hôpital Maritime de Rochefort avec le diagnostic : Congestion chronique du foie.

Douleur dans la région hépatique. Foie un peu gros. Somets pulmonaires : légères modifications de la respiration. Il toussa et crache. Mais pas de bacilles de Koch dans les crachats.

15 mai 1907. — Il part en convalescence.

Pendant sa convalescence : expectoration colorée, plus ou moins sanguinolente ; légère température vespérale.

Il rentre à l'hôpital et on pense à la tuberculose.

Le 16 août. — Expectoration rougeâtre et gommeuse ; ru-deur respiratoire et diminution du murmure surtout à droite.

17 août. — Vomique abondante : pus pur teinté de sang.

En avant, à l'hémithorax droit : zone mate de 7 c/m de diamètre dont le mamelon occupe le centre. Le lendemain on remarque une légère voussure de l'hémithorax droit.

L'expectoration continue, purulente, puis rougeâtre.

22 septembre. — Un souffle doux, expiratoire apparaît dans la zone mate.

Depuis le 18 : pas de température. Bon état général.

24 septembre. — Deux points douloureux à la pression : au 4^e espace, sous le mamelon ; au 5^e espace, sur la ligne axillaire antérieure.

On pense à un abcès pulmonaire de la base droite.

26 septembre. — Intervention : Adhérences pleurodiaphragmatiques. Pas de pus au foie. Au poumon : à 2 ou 3 c/m de la face inférieure : cavité grosse comme une mandarine, pleine de pus et ne communiquant pas avec le foie.

Asphyxie sur la table d'opération et mort.

AUTOPSIE

Poumon droit. — Abcès gros comme un œuf de dinde, à parois épaisses, dures et communiquant à sa partie supérieure avec des ramifications bronchiques. Pus peu abondant, caséux.

Aucune communication avec le foie.

Adhérences pleurodiaphragmatiques qui doivent être sectionnées aux ciseaux. Au-dessous : le foie très adhérent lui-même au diaphragme présente un tissu jaune, de consistance cartilagineuse, sur une étendue de 5 c/m ; un tractus fibreux sous forme de lame irrégulière pénètre dans le parenchyme hépatique et à la partie gauche de ce tissu cicatriciel, on

découvrir un noyau caséux, presque crétaé, gros comme une petite noisette.

« Le pus expectoré à la fin était sûrement d'origine pulmonaire et il fallait intervenir au-dessus du diaphragme ».

OBSERVATION N° 26

FOUCAUD et SEGUIN. — *Abcès Pulmonaire d'origine Dysentérique.* — *Considérations thérapeutiques.* — Obs. I. *Abcès hépato-pulmonaire.* — *Archives de Médecine Navale*, 1910.

P..., 39 ans. Dysentérie en Tunisie en 1891. En 1902, au Congo : abcès du foie et pleurésie droite. Entre le 16 septembre 1909 à l'hôpital de Rochefort, avec un gros foie douloureux.

Le 24 octobre à 14 heures : il rend 200 grammes de pus rouge brique ou chocolat, contenant des pigments biliaires. Le foie ne déborde plus les fausses côtes à la suite de cette vomique. En arrière, entre 7° et 10° côte : zone submate ; à la radioscopie : saillie du diaphragme surélevé de deux doigts à droite.

4 novembre. — *Intervention* : Le diaphragme adhère à la partie moyenne de la face supérieure du foie dont le tissu est friable et on pénètre dans une cavité grosse comme un poing de la base du poumon droit ; sous cet abcès du poumon, on trouve un petit abcès du foie de 3 centimètres de diamètre à pus jaunâtre.

Drainage de la cavité pulmonaire qui se montre insuffisant.

10 décembre. — Deuxième intervention, le petit abcès du foie est cicatrisé, le doigt peut franchir le goulot du diaphragme et passer dans le poumon, drainage.

Deux mois après : guérison.

OBSERVATION N° 27

CHAUFFARD. — *Abcès du Foie ouvert dans les bronches. — Guérison rapide par l'émétine. — Bull. de l'Académie de Médecine, 25 février 1913.*

C..., 21 ans. Dysenterie au Maroc.

24 juillet 1912. — Vomique fractionnée : un demi litre de pus chocolat.

Depuis. — Expectoration rougeâtre, foncée ou rutilante.

A son entrée. — Amaigri, 38°, expectore 500 cc. de pus ratanhia.

Foie gros, indolore.

Base du poumon droite : mate, silencieuse. Au-dessus : quelques sons crépitants fins.

A la radioscopie : le diaphragme droit est immobile et ses deux tiers internes forment la base d'une ombre triangulaire dont le sommet effilé remonte vers le hile.

Rectoscopie : ulcérations profondes.

Amibes dans les selles.

On pratique six injections sous-cutanées d'émétine (0,04 centigrammes par injection).

Le 2^e jour : la température est à 37°.

Le 5^e jour : le foie a repris ses dimensions normales.

Rectoscopie : cicatrisation.

Radioscopie : la base pulmonaire est redevenue claire.

« En cinq jours, le malade a guéri d'une fistule hépato-bronchique durant depuis cinq mois. »

OBSERVATION N° 28

CHAUFFARD. — *Etat hémoptoïque chronique consécutif à l'ouverture dans les bronches d'un abcès dysentérique du foie.*

— Guérison par l'émétine. — Bull. de la Soc. Méd. des Hôp.,
Janvier 1914.

Jean T., 25 ans. Dysenterie au Maroc en 1912.

Juillet 1912. — Crache du pus chocolat pendant quatre jours, un litre en tout.

Puis il crache du sang.

A l'hôpital de Rochefort : on pose le diagnostic d'abcès dysentérique du poumon par ouverture d'un abcès du foie dans les bronches.

24 novembre. — Intervention : résection de deux côtes sans ouverture de la plèvre.

Après l'opération : expectoration rouge très abondante, qui cesse presque complètement au bout de cinq jours.

Amélioration.

Il reprend son métier de maréchal-ferrant en mai 1913.

Mais, au bout de quatre jours, il crache de nouveau un peu de sang et cette expectoration se continue, légère et peu sanglante.

En août 1913. — Véritable rechute. Crachats franchement sanglants.

Huit injections de 0.04 centigr. d'émétine.

Amélioration.

18 décembre 1913. — Il entre à la Clinique de l'hôpital Saint-Antoine crachant autant le sang qu'avant la cure d'émétine.

A l'examen :

Foie indolore, ne débord pas le rebord costal, remonte au 4^e espace.

A la base, à la partie moyenne du poumon droit. — **Matité**, obscurité respiratoire. Quelques râles fins après la toux.

A la radioscopie : obscurité des deux tiers inférieurs du poumon droit.

23 décembre. — Une amibe typique dans le crachat sanglant. On fait les 24 et 25 décembre : 0.08 centigr. d'émétine.

Du 26 au 28 : 0.10 centigr. chaque jour d'émétine.

La température tombe, l'expectoration se réduit à 7 crachats muqueux striés de sang brun.

2 janvier 1914. — Crachats seulement muqueux.

6 janvier. — Il ne crache plus.

9 janvier. — On fait une injection de 0.08 centigr. Les deux jours suivants : 0.10 centigr.

12 janvier. — Il ne persiste à la base droite qu'un peu de diminution du murmure. La sonorité est presque égale à celle du côté opposé.

Radio-scopie. — Transparence de la base pulmonaire droite. Diaphragme : est à son niveau normal, mais immobile.

OBSERVATION N° 29

E. RIST, AMEUILLE et M^{lle} DE PFEFFEL. — *Un cas d'abcès amibien du poumon.* — Bull. de la Soc. Méd. des Hôp., 12 juin 1914.

Malade de 26 ans.

Le 26 avril 1914, est admis dans le service des tuberculeux, crachant du sang en abondance ; aspect cachectique. Il raconte son histoire :

En octobre 1912. — Soigné six semaines pour « Pleurésie sèche ». (Douleur thoracique, toux, fièvre).

En décembre 1913, plus d'un an après. — Soigné quinze jours pour les mêmes symptômes.

Au début de mars 1914. — Soudain, la nuit : considérable expectoration de sang pur qui se prolonge vingt-quatre heures. L'hémoptysie se répète, abondante. Puis le sang est mêlé de pus.

Amaigrissement et faiblesse croissante.

A l'entrée du malade. — Pas de bacilles de Koch dans l'expectoration.

29 avril. — *Radioscopie* : A la base du poumon droit — le reste des champs pulmonaires étant normal — on trouve une image circulaire se confondant en bas avec le foie, à contours « tracés au compas » — image de collection hydroaérique avec niveau du liquide horizontal dans les différentes positions imprimées — et succussion visible.

On pense à un kyste hydatique ouvert dans les bronches.

A l'examen : zone de matité de 8 c/m de diamètre, reposant en arrière sur la matite hépatique. Au pôle supérieur de cette zone : sonorité tympanique, succussion. Plus bas : murmure vésiculaire aboli. Pas un râle.

2 mai 1914. — La ponction retire un pus visqueux *chocolat* qui, par sa seule couleur fait penser à une *amibiase pulmonaire*. Pas d'hydatides dans ce pus. La réaction de Weinberg est négative.

On apprend que cinq ans avant, à Tunis, le malade a eu des douleurs abdominales, de l'ictère par rétention, sans jamais de ténésme ni de selles sanguinolentes.

Le foie est indolore et plutôt petit.

Sang. — Polynucléose 95 o/o. Eosénophilie à 3 o/o.

L'état s'aggrave. La fièvre nulle au début, devient irrégulière, à grandes oscillations. La toux devient incessante, l'expectoration de plus en plus abondante, la douleur thoracique, la dyspnée augmentent. La zone mate s'accroît.

15 mai. — Intervention sur le poumon. Un litre de pus épais, grisâtre.

16 mai. — Mort.

AUTOPSIE

On est obligé d'enlever foie, diaphragme, poumon d'un seul tenant. A la coupe sagittale, on voit :

a) A la base pulmonaire : une cavité du volume d'une tête d'enfant limitée en arrière et en bas par une coque pleurale, en haut par le poumon comme hépatisé, mais gris. La cavité de cet abcès est anfractueuse, tapissée de débris friables, de poly-

pes, de villosités, formés de tissu nécrotique. Le pus est blanc, inodore, mal lié.

b) Perforation diaphragmatique, grande comme une pièce de 2 francs, faisant communiquer cavités pulmonaire et hépatique.

c) Foie. — Abscès gros comme une mandarine, au lobe droit, à parois scléreuses, gris rosées : *abcès ancien*.

A peu de distance : un petit abcès du foie.

d) Ulcérations intestinales avec amibes.

A l'examen microscopique :

a) *Abscès du foie.* — Zone interne nécrotique. Zone externe cirrhotique.

b) *Abscès du poumon.* — Tout à fait extérieurement un peu de sclérose interlobulaire. Intensité de la *nécrose* dans la paroi immédiate de l'abcès : il n'y a plus de noyaux colorables. Les fibres élastiques sont raréfiées, fragmentées, réduites en grains.

Les auteurs croient que l'amibiase s'est localisée sur le foie, puis sur le poumon et que ce n'est que secondairement que l'abcès du poumon qui est récent s'est ouvert dans le petit abcès hépatique, ancien.

Conclusions

- I. — L'amibiase pulmonaire n'est pas exceptionnelle.
- II. — Elle complique toujours une dysenterie et l'infestation du poumon se fait par rupture, par voie lymphatique ou sanguine.
- III. — Elle détermine des lésions analogues à celles de l'amibiase hépatique ou cérébrale.
- IV. — Elle se traduit cliniquement par une douleur thoracique, brutale, puis par de la toux, enfin par une expectoration, presque pathognomonique — des signes de condensation pulmonaire à la base de l'hémithorax droit.
- V. — Abandonnée à elle-même, elle mène fatalement à la mort.
- VI. — Elle est plus souvent confondue avec la tuberculose, le kyste hydatique, l'abcès du foie.

VII. — Le traitement chirurgical l'a guéri dans un peu moins de la moitié des cas. Le traitement par le chlorhydrate d'émétine l'a guéri en quelques jours, dans les rares cas où il a été institué.

Vu le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

ACHARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

Bibliographie

1895. — BERTRAND et FONTAN. — Traité de l'Hépatite suppurée.
1906. — BUNTING. — *Archiv. für Schiffs und Trepen Hygien.* n° 3, Haematogenes Amœbie abscess of the Lung.
1907. — CHANTEMESSE et RODRIGUEZ. — In Legrand, 1912.
1913. — CHAUFFARD. — Abscès du Foie ouvert dans les Bronches. Emétine. Guérison. — *Bull. de l'Académie de Médecine*, 25 février 1913.
1914. — CHAUFFARD. — Etat Hémoptoïque chronique consécutif à l'ouverture dans les bronches d'un Abscès du Foie. Emétine. Guérison. — *B. de Soc. Méd. Hôp. Janvier*.
1911. — COUTEAUD. — Abscès du Foie, du Poumon, du Cerveau. — *Bull. de l'Académie de Médecine*, 1911.
1889. — DUBUJADOUX. — *Archives de Médecine Militaire*. T. XIII : Abscès du Foie, du Poumon et du Cerveau.
1900. — FONTAN. — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale* : Migrations thoraciques, obs. IV.
1909. — FONTAN. — Les grands abcès du foie.
1908. — FOUCAUD. — Sur les vomiques dans leurs relations avec les abcès du Foie et du Poumon. — *Arch. de Méd. Navale*, 1908.
1910. — FOUCAUD et SEGUIN. — Abscès Pulmonaire d'origine Dysentérique. Considérations thérapeutiques. — *Archives de Méd. Navale*, 1910.
1923. — FRANÇON et HUTINEL. — Traitement des hépatites amibiennes (Gaudin Villars).

1847. — FULLER. — Abscès du Foie. — Abscès secondaires dans le cerveau et les Poumons. — *London Méd. Gazette*, T. IV, 1847.
1920. — GRALL et CLARAC. — Traité de Pathologie Exotique.
1911. — JACOB. — Des Abscès Amibiens du Cerveau au cours de l'Hépatite suppurée dysentérique. — *Revue de Chirurgie*, 10 octobre.
1900. — JOSSEMAND. — Abscès Dysentérique tardif du Poumon, sans Abscès du Foie. — In Thèse Laferrère.
1903. — KERMORGANT. — *Annales de Méd. et d'Hyg. Coloniales*.
1900. — LAFERRÈRE. — Abscès Dysentériques tardifs du Poumon et du Foie. — *Thèse de Lyon*, 1900.
1891. — LAFLEUR. — Abscess of the liver. — John Hopkins Hosp. — *Bull.*, Juin 1891.
- LE DANTEC. — Précis de Pathologie Exotique.
1912. — LEGRAND. — Amibiase Encéphalique. — *Archives Provinciales de Chirurgie*, 1912.
1920. — LEGRAND. — Deux cas d'Amibiase en Egypte. — *Bull. de l'Académie de Médecine*, 1920.
1912. — LE ROY DES BARRES. — Etudes de Pathologie Exotique.
- LETELLE et NATTAN-LARRIER. — Précis d'Anatomie Pathologique.
1908. — LOISON. — A propos d'Abscès du Poumon chez les Dysentériques coloniaux. — *Bull. de la Société de Chirurgie*, 12 février 1908.
1922. — MIGINIAC. — La vomique dans les abcès amibiens du foie. — *Revue de Chirurgie*.
1878. — MURCHISON. — Maladies du Foie. — In Thèse Laferrère, 1900.
1906. — NATTAN-LARRIER. — Un cas d'Abscès pulmonaire d'origine dysentérique. — *Revue de Médecine et d'Hygiène Tropicale*, n° 4, 1906.

1907. — NATTAN-LARRIER. — Un nouveau cas d'Abcès du Poumon d'origine Dysentérique. — *Revue de Méd. et d'Hyg. Trop.*, n° 2, 1907.
1901. — OPIE. — Haeled Amœbie Abscess of the liver and Amœbie Abscess of the lung. — *John Hopkins Hospital Bull.*, July, 1901.
1911. — POTHERAT. — Abcès amibiens du Foie et du Poumon. — Métastase cérébrale. — Dysenterie nostras. — *Bull. de la Soc. de Chirurgie*, Février 1911.
1923. — L. RAMOND, DENOYELLE et LAUTMAN. — Un cas d'Amibiase pulmonaire pure, sans abcès du foie. — *Bull. Soc. Méd. des Hôp.*, 4 mai 1923.
1909. — RENAULT. — Abcès Pulmonaire au cours d'Hépatites suppurées. — *Annales d'Hyg. et de Médecine Coloniale*, 1909.
1914. — RIST, AMEUILLE et M^{lle} DE PFEFFEL. — Un cas d'abcès amibien du Poumon. — *Bull. de la Soc. Méd. des Hôp.*, 12 juin 1914.
1914. — SIMONIN. — Abcès multiples et indépendants du Foie et du Poumon. — *Bull. de la Soc. Méd. des Hôp.*, 19 juin 1914.
1908. — TUFFIER. — Rapport à la Société de Chirurgie du 5 février 1908.
-

— 502 —


Limoges Imp. Commerciale Perrette